

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Alexandra Szászová

**Spolupráce všeobecné sestry a sanitářky během
poskytování ošetřovatelské péče na standardním
oddělení interního typu**

*A General Nurse and an Enrolled Nurse Collaboration in
Providing Nursing Care at Standard Internal Medicine
Department*

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Alexandra Szászová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra, kombinovaná forma

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 10. června 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Alexandra Szászová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové za inspirativní a trpělivé vedení. Dále děkuji staniční sestře Bc. Jitce Hanzlové za konzultace a podporu při zpracování práce a celému týmu III. interní kliniky kardiologie, oddělení C, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady za umožnění výzkumu na pracovišti, za laskavé přijetí a ochotnou spolupráci. Děkuji mé rodině za trpělivost a pomoc během celého studia.

Obsah

ÚVOD.....	2
1. TEORETICKÁ ČÁST	4
1.1 Orientace v problematice.....	4
1.2 Kompetence všeobecné sestry a sanitáře dle zákona	5
1.3 Ošetrovatelství v kardiologii.....	9
1.3.1 Arteriální hypertenze.....	9
1.3.2 Ateroskleróza.....	11
1.3.3 Ischemická choroba srdeční – ICHS.....	11
1.3.4 Srdeční selhání.....	13
1.3.5 Záněty srdce a kardiomyopatie	14
1.3.6 Chronická žilní insuficience, ulcus cruris venosum	14
1.3.7 Ischemická choroba dolních končetin- ICHDK.....	15
1.3.8 Flebotrombóza	16
1.3.9 Plicní embolie.....	16
1.3.10 Arytmie	17
1.3.11 Invazivní diagnostická vyšetření a terapeutické výkony v kardiologii.....	18
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	20
2.1. Metodologie.....	20
2.2. Cíl výzkumu	22
2.3. Osoba výzkumníka.....	22
2.4. Oddělení.....	27
2.5. Ošetrovatelský tým	28
2.6. Harmonogram dne	30
2.7. Data.....	32
2.8. Interpretace dat.....	42
2.9. Diskuze	45
ZÁVĚR	47
SEZNAM LITERATURY	48
SEZNAM PŘÍLOH.....	51
Žádost o souhlas se zpracováním dat	51

Úvod

Téma své bakalářské práce *Spolupráce všeobecné sestry a sanitárky při poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení interního typu* jsem zvolila z témat vypsaných PhDr. Marií Zvoníčkovou z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK. Motivací a hlavním důvodem mého rozhodnutí bylo, že jsem právě přijala nabídku na pozici sanitárky na oddělení kardiologie s plánem pokračovat na tomto oddělení po ukončení studia jako všeobecná sestra. Ocitla jsem se tak v ideální pozici pro systematický sběr dat. Navíc se mě velmi málo diskutované a prakticky vůbec výzkumem nezpracované téma začalo osobně dotýkat. Naskytla se mi jedinečná příležitost zaznamenávat a zpracovávat každodenní nové pracovní zkušenosti a pocity z osobních vztahů na pracovišti do výzkumu. Zároveň také příležitost aplikovat v ošetrovatelském výzkumu velmi málo využívanou metodu autoetnografie.

Prvotním a hlavním cílem bakalářské práce bylo vytvořit podklady pro otevření diskuze na téma spolupráce sestry a sanitáře. Spolupráce, která je nezbytná k poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče, přesto je jí věnováno v odborných publikacích tak málo pozornosti. V průběhu sběru dat a jejich zpracování s využitím autoetnografické metody se vyprofiloval ještě jeden vedlejší cíl mé práce. Cíl připojit se ke snaze citovaných zahraničních autorů a propagovat autoetnografii jako vědeckou metodu s velkým potenciálem, zatím však nevyužitou až podceňovanou ve výzkumu v ošetrovatelství. Cíl představit tuto metodu české odborné veřejnosti na zcela konkrétním výzkumu a podnítit diskuzi na téma možného využití z hlediska relevantnosti sebraných dat a jejich interpretace.

Během praxe na různých odděleních jsem zaznamenala velmi rozdílné principy spolupráce sester a sanitářů, od přísně hierarchických a direktivních, po přátelské, založené na respektu a důvěře. Sama jsem z obou pozic pečovala o pacienty a vím, že pacient velmi citlivě vnímá osobní vztahy na oddělení a od tohoto vnímání se odvíjí jeho celková duševní pohoda během hospitalizace, jejíž součástí je důvěra v členy ošetrovatelského týmu.

Vlastní zkušenost práce sanitáře může všeobecné sestře poskytnout kromě manuální zručnosti v základní péči, představu pro plánování péče z hlediska časové a fyzické náročnosti a v neposlední řadě respekt k práci ostatních členů týmu. Za součást spolupráce považuji vedle praktické organizace péče také přispívání k vytváření přátelské atmosféry v jinak obvykle spíše stresovém prostředí. Uvědomuji si, že zrovna tuto složku spolupráce lze vědeckým výzkumem obtížně vystihnout. Při plánování výzkumu, který by zahrnul tuto nedílnou, avšak objektivně těžko uchopitelnou část, jsem pochopila a ocenila role auto etnografie a zúčastněného pozorování v identifikaci mechanismů, které vedou k vybudování fungujícího týmu. Pracovního týmu, se kterým cítí každý člen bez ohledu na pozici sounáležitost. Rovněž jako pracovního prostředí, které je základem k poskytování profesionální a bezpečné ošetrovatelské péče.

Právním rámcem k poskytování ošetrovatelské péče je Vyhláška 55/ 2011, ze které cituji v teoretické části. Různá oddělení však dle charakteru ošetrovatelské péče poskytují prostor k naplnění různých kompetencí. Pro pochopení a orientaci ve výzkumné části považuji za nutné věnovat určitou část teorie ošetrovatelství v kardiologii s jeho specifiky.

Bakalářská práce vznikala v období 08/2018 - 03/2019, od uchopení tématu, studia literatury, přípravy výzkumu, sběru dat a jejich zpracování k jejich interpretaci. Převážnou část práce jsem nahlížela spíše z pozice sanitáře. Moje postavení týmu však bylo jistě ovlivněno tím, že studuji poslední ročník ošetrovatelství a připravuji se na práci všeobecné sestry. Poslední 2 měsíce jsem měla možnost vše znovu přehodnotit z pozice sestry vykonávající odbornou praxi. Při zpracování tématu jsem čerpala také ze zkušeností kolegů, kteří také zastávali obě pozice.

Přínos této práce spatřuji v možné inspiraci případných čtenářů z řad zdravotníků k zamyšlení nad vlastní rolí v týmu a nad jejich osobním přístupem ke spolupráci s kolegy. Velkým úspěchem by bylo vzbuzení zájmu o využití auto etnografie v českém ošetrovatelském výzkumu.

1. Teoretická část

1.1 Orientace v problematice

K tématu spolupráce všeobecné sestry a sanitáře existuje v české i v zahraniční literatuře pouze velmi málo materiálu. První originální bakalářskou práci na toto téma vypracovala a obhájila v roce 2018 Bc. Martina Raszková, absolventka studijního programu Ošetrovatelství na 3. Lékařské Fakultě UK, pod názvem *Spolupráce praktické sestry a sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé péče*. Ve své práci zkoumá spolupráci z pohledu praktické sestry a to především formou rozhovorů. Výsledkem jejího výzkumu je konstatování, že: „*Jednotliví členové týmu pracují spíše vedle sebe než společně. Sestra a sanitář na sebe navzájem kladou rozličné požadavky, které však často nejsou naplněny.*“ (Raszková 2018, str. 53) Toto zjištění identifikuje jako zdroj problémů při spolupráci. Byla publikována řada výzkumů a bakalářských prací na téma komunikace ve zdravotnickém týmu, vše však věnováno téměř výhradně komunikaci mezi sestrou a lékařem. Velmi výstižně vyjádřila přístup ke spolupráci mezi sestrou a sanitářem Barbora Altmanová z Fakulty zdravotnických studií v Plzni ve své bakalářské práci z roku 2012. „*Pokud sestra očekává, že jí bude lékař naslouchat a diskutovat s ní, měla by i ona takto přistupovat k ošetrovatelům a sanitářům. Nekomunikovat jen formou příkazů, ale vysvětlit, co od nich očekává a jaký to má význam pro pacienta. Sestra by měla znát kompetence jednotlivých pracovníků a podle toho je pověřovat úkoly a tím zabezpečovat týmovou péči. Přátelská atmosféra v týmu vede k touze po zvýšení vědomostí a snižuje fluktuaci pracovníků.*“ (Altmanová 2012, str. 34)

Klíčovým impulzem pro vlastní zpracování tématu byl pro mne především článek *A case for the use of autoethnography in nursing research* od Ashley L. Peterson v *Journal of Advanced Nursing* 2014, který představuje autoetnografickou metodu výzkumu, prezentuje ji jako vhodnou, ač téměř nevyužitou, pro výzkum v ošetrovatelství. Pro mne znamenal výzvu pokusit se takový výzkum realizovat. K pochopení praktického využití autoetnografie ve výzkumu mi pomohl článek Tessy Muncey PhD z univerzity v Cambridge *Doing autoethnography*, publikovaný v roce 2005 v *International Journal of Qualitative Methods*. Autorka využívá vlastní životní příběh k tomu, aby vystihla určitý společenský fenomén. Osobní prožitek a úhel pohledu dává výzkumu naprosto unikátní rovinu, která není kvantitativním výzkumem postihnutelná. Já jsem se rozhodla využít metodu k představení osoby výzkumníka, tedy sebe. Vlastní sběr dat poté probíhal

etnografickou metodou. Etnografie je často využívána ke zkoumání a prezentaci některých okrajových společenských fenoménů. Pro vytvoření představy, jakým způsobem je v terénu prováděn sběr dat, jsem čerpala z článku antropologa Ondřeje Hejnala *Antropologův den mezi „klienty represe“: Zúčastněné pozorování bezdomovců ve středně velkém městě*. V přípravě výzkumu mi byla hlavním zdrojem informací monografie Jana Hendla *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. K vystižení ošetrovatelských problémů a nároků na poskytování ošetrovatelské péče v kardiologii jsem pracovala s učebnicemi *Interní ošetrovatelství I* Aleny Šafránkové a Marie Nejedlé a *Kardiologie pro sestry intenzivní péče* od Jiřího Koláře a kol. Literatura z oblasti komunikace ve zdravotnickém týmu mi nepřinesla žádné zajímavé podněty k práci, neboť téměř nezkoumá vztah sanitáře a všeobecné sestry. Četné publikace z oblasti řízení a managementu mohou sestře poskytnout návod, jak přistoupit k roli lídra zdravotnického týmu a efektivně plánovat ošetrovatelskou péči. Já jsem se rozhodla takové poznatky pro práci nevyužít, domnívám se, že by přesáhly rozsah práce zaměřené především na výzkum. K hodnocení role staniční sestry v týmu jsem využila materiál z přednášky Mgr. Lenky Gutové MBA *Základy řízení*. Mé uvažování o roli všeobecné sestry v ošetrovatelském týmu do značné míry ovlivnily přednášky PhDr. Marie Zvoníčkové z Teorie ošetrovatelství na 3. LF UK.

1.2 Kompetence všeobecné sestry a sanitáře dle zákona

Kompetence a činnosti všech nelékařských zdravotních pracovníků jsou regulovány zákonem. **Zákon č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních** upravuje podmínky získávání způsobilosti a podmínky výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče v České republice. Dle zákona je **všeobecná sestra** zdravotnickým pracovníkem způsobilým k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. „*Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.*“ (Zákon č. 96/2004 Sb., Hlava II §5). **Sanitář** je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. „*Za výkon povolání sanitáře se považuje pomocná činnost v rámci poskytování zdravotních služeb pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého*

k výkonu povolání bez odborného dohledu.“(Zákon č. 96/2004 Sb., Hlava II §42). Ze zákona tedy vyplývá, že všeobecná sestra má kompetence vést práci sanitáře.

Přímým vedením se dle zákona rozumí stálá přítomnost způsobilého pracovníka. Odborný dohled znamená dosažitelnost rady a pomoci způsobilého pracovníka. Konkrétní činnosti zdravotnických pracovníků upřesňuje **Vyhláška 55/2011 Sb.** Z vyhlášky vybírám body, které jsou dle mého názoru důležité k utvoření představy o náplni práce obou pozic s ohledem na jejich kompetence. Vyhláška také přesně stanovuje úroveň ošetrovatelské péče s ohledem na stav pacienta.

Všeobecná sestra

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, v souladu s diagnózou jím stanovenou, poskytuje nebo zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může:

- vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů
- sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu
- pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta
- odebírat ošetrovatelskou anamnézu
- zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve
- provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích u pacientů starších 3 let
- hodnotit a ošetrovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetrovat stomie
- hodnotit a ošetrovat centrální a periferní žilní vstupy a zajišťovat jejich průchodnost
- pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře
- spolupracovat na rehabilitačním ošetřování
- edukovat pacienty v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků
- orientačně hodnotit sociální situaci pacienta a identifikovat nutnost intervence sociálního pracovníka
- zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístěním a propuštěním pacientů
- poskytovat a zajistit psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, po stanovení smrti lékařem zajistit péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta

- přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu
- přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu
- zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků.
- Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům, na základě indikace lékaře je provádí nebo u nich asistuje a zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Zejména může:
 - zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let
 - podávat léčivé přípravky
 - zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii
 - odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické
 - provádět ošetření akutních a operačních ran a ošetření drénů
 - odstraňovat stehy u primárně se hojících ran a drény s výjimkou hrudních a v oblasti hlavy
 - provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let
 - provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly
 - provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let
 - asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků, ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji
 - podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely

(Vyhláška 55/2011 Sb. §4)

Sanitář

Sanitář může pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu provádět pomocné a obslužné činnosti nutné k poskytování ošetrovatelské péče. Přitom zejména může:

- provádět hygienickou péči o pacienta, pečovat o hygienu prostředí, lůžka a zdravotnických prostředků
- pomáhat při polohování, fixaci pacientů a manipulaci s nimi včetně základní prevence proleženin, provádět úpravu lůžka a operačního stolu

- provádět činnosti při zajištění stravy pacientům
- pečovat o vyprazdňování pacientů
- měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost
- provádět transport biologického a zdravotnického materiálu, distribuci laboratorních výsledků, obstarávat pochůzky pro potřeby pracoviště a pacientů
- vykonávat činnosti při příjmu a transportu dospělého pacienta
- provádět činnosti při přejímání, kontrole zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci, sterilizaci a zajištění dostatečných zásob
- vykonávat činnosti při přejímání, kontrole a uložení léčivých přípravků,
- manipulovat s tlakovými nádobami a medicínami plyny
- vykonávat činnosti při úpravě těla zemřelého a odvážet je
- připravovat specifický obvazový materiál dle potřeb
- asistovat při přikládání obvazových materiálů, snímat tvrdé obvazy pacienta
- připravovat zdravotnický materiál potřebný pro odběry a další zpracování biologického materiálu
- kontrolovat teplotu chladicích a mrazicích zařízení
- likvidovat biologický materiál a kontaminovaný spotřební materiál v souladu s právními předpisy
- provádět technické manipulace s lůžky, operačními a vyšetřovacími stoly a jinými zdravotnickými prostředky

(Vyhláška 55/2011 Sb. §43)

Pod přímým vedením všeobecné sestry může vykonávat činnosti při poskytování specializované ošetrovatelské péče.

Základní ošetrovatelská péče je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální, kteří jsou bez patologických změn psychického stavu.

Specializovaná ošetrovatelská péče je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, kteří mají patologické změny psychického stavu.

Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče je poskytována pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí, jejichž patologické změny psychického stavu vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků ze zákonných důvodů.

(Vyhláška 55/2011 Sb. §2)

1.3 Ošetrovatelství v kardiologii

Cílem této kapitoly je stručně představit běžná onemocnění a vyšetření, se kterými se setkávají zdravotničtí pracovníci na oddělení kardiologie. Z jejich povahy totiž vyplývají specifické potřeby pacientů, odvíjí se od nich plánování a realizace ošetrovatelské péče, tedy konkrétní činnosti sester a sanitářů s nutností synchronizace.

1.3.1 Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze je definována jako opakované zvýšení systolického krevního tlaku na hodnoty rovno nebo větší než 140 mm Hg a diastolického krevního tlaku na hodnoty rovno nebo větší 90 mm Hg. Hypertenze je jednou z nejčastějších kardiovaskulárních chorob a patří mezi zásadní rizikové faktory vzniku ischemické choroby srdeční (ICHS), ischemické choroby dolních končetin (ICHDKK), cévních onemocnění mozku – zejména cévní mozkové příhody (CMP), porušené funkce ledvin a sítnice. Dle etiologie odlišujeme hypertenzi esenciální - primární, která postihuje více než 90 % pacientů a příčiny jejího vzniku nejsou zcela jasné a sekundární – v důsledku jiného onemocnění, nejčastěji renálního a endokrinního (Šafránková, Nejedlá 2006).

Sestra na kardiologii musí věnovat měření krevního tlaku patřičnou pozornost, provádět ho pečlivě a v případě patologických hodnot informovat lékaře. Není zákonné a z hlediska okamžitého zhodnocení naměřených hodnot ani bezpečné pro pacienta, tento výkon podceňovat a pověřovat jím sanitáře, který k tomu nemá kompetenci.

Pacientem podceněná a neléčená dlouhodobá hypertenze může mít za následek různý stupeň orgánových změn. Sestra musí přizpůsobit plánování a realizaci ošetrovatelské péče aktuálnímu stavu pacienta. V případě orgánového selhání je pacient přeložen na JIP.

Sestra by měla být schopna poskytnout pacientovi informace ohledně rizikových faktorů (vedle genetických dispozic především kouření, zvýšený příjem soli, nadměrná konzumace alkoholu a kávy, stres, obezita a nedostatek fyzické aktivity).

Základem léčby je motivace pacienta ke změně životního stylu. Farmakologická léčba je nutná v případě, že tato změna nepomůže nebo ji pacient nepřijme. K léčbě hypertenze jsou ordinována: diuretika, betablokátory, antagonisté mineralokortikoidů, blokátory Ca kanálů, inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin, alfablokátory (Šafránková, Nejedlá 2006).

Pacient nebývá hospitalizován na kardiologii pouze z důvodu hypertenze (pokud se nejedná o hypertenzní krizi, v tom případě je však nutná hospitalizace na koronární jednotce). Ošetrovatelská péče se tedy řídí potřebami pacienta vyplývajícími z hlavní diagnózy. **Úkolem sestry je:**

- zhodnocení stavu pacienta, určení stupeň soběstačnosti, dle kterého zajišťuje vhodnou pomoc při uspokojování základních potřeb
- pravidelné sledování fyziologických funkcí: TK, P, D
- zajištění vhodné diety
- zajištění sledování a vyhodnocení bilance tekutin
- sledování vyprazdňování moči a stolice
- plnění ordinací lékaře, monitorování možných nežádoucích účinků léků
- plánování intervencí k minimalizaci rizik pádu, vzniku dekubitů a malnutrice

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Oblasti spolupráce sestry a sanitáře jsou v zajištění dopomoci pacientům s omezenou soběstačností, sanitář bývá často v užším kontaktu s pacientem a může sestru informovat o změnách v míře schopnosti sebepečce. Při sledování bilance tekutin se sestra musí spolehnout na zodpovědnou a přesnou práci sanitáře během sběru moči a zaznamenávání naměřených hodnot objemu. Dopomoc při vyprazdňování stolice, přesun na WC, toaletní křeslo nebo podložní mísu je v kompetenci sanitáře, který sestru informuje o případných potížích s vyprazdňováním (zácpa, průjem, krev ve stolici, bolesti břicha atd.). Sanitář věnuje zvýšenou pozornost sestrou vyhodnoceným rizikům: pádu (podílí se na zajištění bezpečného uložení, přesunů a chůze pacienta), vzniku dekubitů (pomáhá při polohování pacienta) a malnutrice (sleduje příjem potravy, dopomáhá pacientům, informuje sestru o případném porušení diety ze strany pacienta).

1.3.2 Ateroskleróza

Ateroskleróza je definována jako proměnlivé kombinované patologické změny v intimě a medii tepen, způsobené místním nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních buněk, fibrózních tkání a vápníku (Kolář et al. 2009). Onemocnění má několik stádií, od poškození endotelu až po vznik ateromového vředu, na jehož případnou rupturu může nasednout vznik trombu a způsobit uzávěr tepny. Klinické příznaky a také ošetrovatelská péče vyplývají z toho, která tepna je postižena (např. koronární tepny – viz ICHS, tepny dolních končetin – viz ICHDK). Typickými diagnostickými vyšetřovacími metodami, které vyžadují následnou ošetrovatelskou péči, jsou SKG a DSA. Invazivními nechirurgickými terapeutickými postupy jsou následně trombolýza a PTCA (Šafránková, Nejdlá 2006).

Specifika ošetrovatelské péče a nároky na spolupráci sestry a sanitáře jsou podrobněji popsány u jednotlivých onemocnění, invazivních vyšetřovacích a terapeutických metod.

1.3.3 Ischemická choroba srdeční – ICHS

Pokud je nedokrevnost myokardu způsobena zúžením nebo uzávěrem koronárních tepen, hovoříme o ischemické chorobě srdeční. ICHS je souhrnný název pro jednotlivé formy choroby. Rozlišujeme formy akutní (náhlá srdeční smrt koronárního původu, infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris) a chronické (stabilní angina pectoris, arytmie na podkladě ICHS).

Farmakologická léčba spočívá v podávání nitrátů, blokátorů Ca kanálů, betablokátorů (pokles tepové frekvence, TK), antikoagulancií a antiagregancií. K revaskularizaci postižené části myokardu se využívá invazivní nechirurgická katetrizační metoda PTCA (Šafránková, Nejdlá 2006).

Ošetrovatelská péče závisí na tom, zda pacient trpí akutní či chronickou formou ICHS.

Angina pectoris – je vyvolána krátkodobou ischemií myokardu, po které nedojde k vytvoření nekrózy, protože se srdeční sval opět prokrví. Nedokrevnost trvající pouze sekundy až minuty je způsobena zvýšenou námahou nebo spazmy koronárních tepen. Hlavním příznakem je stenokardie doprovázená dušností a pocity úzkosti. Pacienti se stabilní anginou pectoris jsou léčeni ambulantně. Důvodem k hospitalizaci je přechod do nestabilní, před infarktové formy, tedy akutní ICHS neboli akutního koronárního syndromu (Šafránková, Nejdlá 2006).

Infarkt myokardu – je ložisková nekróza vyvolaná uzávěrem koronárních arterií nebo jejich větví. Nekróza, tedy nevratná změna, se začíná objevovat za 40 minut od uzávěru. Za akutní je považován infarkt do 6. týdne stáří od vzniku nekrózy. Do 6-8 týdnů se nekrotické vyhojí vazivovou jizvou. Nejčastěji je postižena levá komora. Pacient po IM je do budoucna ohrožen arytmiemi nebo srdečním selháním (Šafránková, Nejedlá 2006).

Stenokardie trvá déle než 20 min., nereaguje na změnu polohy a podání nitroglycerinu. Cílem léčby je zajištění prokrvení myokardu zprůchodněním tepny a obnovení výkonu srdce. Nejčastější metodou je koronární angioplastika. Pacient je nejprve přijat na koronární jednotku, pokud nedojde ke komplikacím, je po 48 hodinách přeložen na standardní oddělení. Popis ošetřování nemocného na koronární jednotce přesahuje obsah této práce. Obecně lze shrnout, že na JIP přebírá veškerou aktivitu za pacienta sestra a dle zdravotního stavu se ho poté snaží opět zapojit do sebeobsluhy. Na standardní oddělení je pacient překládán v již stabilizovaném stavu (Šafránková, Nejedlá 2006)

Úkolem sestry je:

- zhodnocení stupně soběstačnosti a aktivizace pacienta
- měření a dokumentace TK, P, TT, D
- sledování vyprazdňování moči a stolice
- správné provedení odběrů biologického materiálu na ordinovaná vyšetření a zajištění jejich včasného transportu do laboratoře
- péče o PŽK, podávání léků i. v., infuzí pomocí infuzních pump a dávkovačů
- sledování psychického stavu pacienta a jeho psychická podpora, podpora kontaktu s rodinou
- dohled na provedení hygieny
- objednání ordinované diety
- spolupráce s pracovníky RHB, polohování ležícího pacienta

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Spolupráce sestry a sanitáře vychází z toho, že sestra koordinuje a dohlíží činnosti sanitáře. Jeho úloha spočívá především v asistenci sestře při hygieně a při převazech. Podílí se na prevenci vzniku dekubitů. Udržuje čistotu lůžka a prostředí pokojů a oddělení. Zajišťuje a instaluje potřebné přístroje – pumpy, dávkovače, pomůcky k podávání kyslíku a inhalací. Transportuje odebraný biologický materiál. Doprovází pacienta k ordinovaným vyšetřením. Zajišťuje pomůcky a materiál pro dodržení hygienicko-epidemiologického režimu apod.

1.3.4 Srdeční selhání

Srdeční selhání označuje stav, kdy srdce selhává jako pumpa. To znamená, že není schopno přečerpávat krev dle akutních nároků organismu, při dostatečném žilním návratu. Krev nejprve městná v srdečních oddílech a poté také v plicích nebo v systémovém oběhu. Organismus reaguje na sníženou distribuci dýchacích plynů a látek metabolismu kompenzačními mechanismy. Ty však vedou dlouhodobě k negativním projevům jako např. vznik otoků z důvodu retence tekutin nebo vznik arytmií. Srdeční selhání se dělí na: pravostranné/levostranné/oboustranné, akutní/chronické/latentní, kompenzované/dekompenzované. Typickým klinickým projevem levostranného srdečního selhání je hypoxie a městnání krve v plicním oběhu. Akutní forma probíhá ve fázích asthma cardiale (v důsledku úniku tekutiny z plicních kapilár do intersticia) a plicního edému (únik tekutiny do alveolů). Tento život ohrožující stav vyžaduje obvykle hospitalizaci na koronární jednotce. Pravostranné srdeční selhání má za následek městnání v systémových žilách. Typickými příznaky jsou: otoky primaleolární až celkové (anasarka), snížená diuréza během dne a nykturie, ascites, hepatosplenomegalie, nechutenství, pocit plnosti, zácpa.

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Úkolem sestry je:

- zavedení PŽK k podávání ordinovaných léků, zde obvykle diuretik a kardiotonik
- provedení ordinovaných vyšetření, odběry krve, EKG, TK, P, D
- podávání kyslíku a případně inhalací
- sledování vědomí, prokrvení periférií, charakter sputa
- sledování vyprazdňování moče a stolice, diuréza á 24 hodin, bilance tekutin, často potřeba zavedení PMK a péče o něj
- sledování váhy pacienta, jako ukazatele objemu tělesné tekutiny
- hodnocení stavu otoků – pohledem, pohmatem, měřením
- sledování psychického stavu pacienta, únavy, bolesti, poruch spánku
- zhodnocení stupně soběstačnosti, dle kterého naplánuje a zajistí pomoc s hygienou, prevenci vzniku dekubitů a opruzenin
- zajištění podávání vhodné diety, obvykle s omezením solí

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Spolupráce sestry a sanitáře je klíčová zejména v oblasti hodnocení bilance tekutin a dodržení ordinované diety. Kromě již výše popsané spolupráce při bilanci tekutin, sanitáři

také podávají pacientům jídlo a měli by si uvědomit, že dieta je ordinována z nějakého důvodu. Pokud tedy pacient např. žádá o dosolení, musí sanitář vědět, že takové přání nelze splnit. Sanitář si při časté práci na pokojích pacientů může všimnout např. otoků končetin, zhoršení dušnosti apod. Sestra velmi ocení včasné upozornění na změny zdravotního stavu pacienta.

1.3.5 Záněty srdce a kardiomyopatie

Záněty srdce se dělí podle místa postižení na **endokarditidy, myokarditidy a perikarditidy**. Záněty mohou být infekční, vyvolané viry, bakteriemi, vzácně kvasinkami a plísněmi. Neinfekční záněty jsou revmatické, autoimunitního původu. Rozlišujeme akutní a subakutní průběh. Diagnostickými vyšetřeními jsou EKG, rentgen a echokardiografie. Farmakologická léčba spočívá v podávání analgetik, kardiotonik, diuretik, ATB (Šafránková, Nejedly 2006). Sestra musí být připravena asistovat u výkonu jako např. punkce perikardu, včetně přípravy pacienta a pomůcek k odběru punktátu.

Kardiomyopatie je trvalé poškození myokardu, srdce je zvětšené a poruchy rytmu způsobují kardiální dekompenzaci. Poruchy rytmu doprovází také poruchy kontraktility a vodivosti. Jediným řešením pokročilé kardiomyopatie je transplantace (Kolář et al. 2009).

Ošetrovatelská péče je v obou případech obdobná jako u srdečního selhání. Jen bych zdůraznila nutnost pečlivé a přesné práce sestry v podávání ATB. Sanitář nesmí zasahovat do podávání infuzí, odpojovat pacienta od infuze a proplachovat PŽK. Tento zdánlivě samozřejmý fakt zmiňuji proto, že pacient často požádá o odpojení první osobu, která na pokoj vstoupí. Řadě sanitářů nepřipadá tento úkol nijak složitý a ve snaze ušetřit čas sobě i sestře ho provede. Taková praxe není přípustná.

1.3.6 Chronická žilní insuficience, ulcus cruris venosum

Chronická žilní insuficience je onemocnění žilního systému dolních končetin, charakterizované městnáním krve v žilách a zvýšením žilního tlaku. Ulcus cruris venosum, bércový vřed, je III. stadiem CHŽI. Je to defekt měkkých tkání v oblasti bérce, vzniklý následkem městnání žilní krve. Kumulace toxických látek a odpadních metabolitů a nedostatek O₂ mají za následek trofické poškození kůže. Porušeným kožním krytem se do místa může dostat infekce, která ještě zhorší již tak dost špatné podmínky k hojení.

Hypoxii tkání z městnání umocňuje ischemie vzniklá stlačením tepen otoky (Šafránková, Nejedlá 2006).

Úkolem sestry je:

- posouzení stavu rány a vhodná volba ošetření rány, plán a realizace pravidelných převazů s ohledem na riziko infekce během ošetřování rány
- odběr biologického materiálu na bakteriologické vyšetření dle ordinace lékaře
- poučení pacienta o nutnosti péče o ránu v domácím prostředí, zapojení pacienta do léčby, psychická podpora a motivace
- zajištění úlevy od bolesti, pacienti trpí bolestmi z ischemie končetiny, sestra informuje lékaře a zajistí včasnou ordinaci analgetik, sleduje, zda má ordinace efekt

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Sanitář může dle vyhlášky 55/2011 Sb. sestře u převazů pouze asistovat. Zajišťuje pomůcky k odběru biologického materiálu a transportuje ho do laboratoře. Předává sestře informace od pacienta – např. udává-li bolest, a o pacientovi – omezení schopnosti sebepéče.

1.3.7 Ischemická choroba dolních končetin- ICHDK

ICHDK znamená nedokrvení dolních končetin, nejčastěji (z 90 %) na podkladu aterosklerózy. Ischemický syndrom způsobuje kromě nedostatečného zásobení tkání O₂ z okysličené krve také stagnace toxických zplodin metabolismu v postiženém místě. Při akutním uzávěru tepny je DK bezprostředně ohrožena. Chronický, tedy postupný, uzávěr tepny má několik stadií. Ve III. stadiu má pacient často neztišitelné klidové bolesti. V případě nejtěžší poruchy prokrvení ve IV. stadiu vznikají ze špatně se hojících defektů gangrény. Léčba v těchto stádiích zahrnuje intervenční výkony jako: PTA (perkutánní transluminární angioplastika), trombektomie a embolektomie, bypass (Šafránková, Nejedlá 2006). **Úkolem sestry je:**

- zhodnotit stupeň soběstačnosti a zajistit pomoc v uspokojování potřeb pacienta s důrazem na zvýšenou hygienu a šetrné ošetření dolních končetin
- zajistit žilní vstup PŽK
- ošetřit případné rány sterilním způsobem
- ulevit pacientovi od bolesti podáváním ordinovaných léků
- sledovat prokrvení končetin, změny barvy, teploty

- motivovat pacienta k dodržování životosprávy – především nekouřit

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Spolupráce sestry a sanitáře je v zásadě obdobná jako u ošetřování pacientů s chronickou žilní insuficiencí.

1.3.8 Flebotrombóza

Hluboká žilní trombóza může vzniknout na podkladech: městnání žilní krve v důsledku imobilizace, aktivace koagulačních faktorů, jiných rizikových faktorů. Závažnou komplikací je embolizace do plic. Farmakologická léčba spočívá zejména v podávání antikoagulancií, trombolitik a antiagregancií (Šafránková, Nejedlá 2006).

Úkolem sestry je:

- zajistit základní ošetrovatelskou péči dle aktuálního stavu pacienta
- sledování výsledků účinnosti heparinizace – APTT, ACT
- sledování stavu postižené končetiny a bolesti
- provádět správným způsobem bandáž DK
- informovat pacienta o nutnosti dostatečného příjmu tekutin

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Přikládáním bandáží bývá pověřen obvykle sanitář, ten by však měl tento výkon provádět pod odborným dohledem, přímým vedením nebo při něm jen asistovat sestře.

1.3.9 Plicní embolie

Plicní embolie je stav, kdy dojde k zanesení embolu krví do plicní tepny nebo její větve. Následuje porucha ventilace a výkonu srdce. Embolus má různý původ, nejčastěji je jím trombus z hlubokých žil DK (dále tromby z hlubokých pánevních žil, tuk, nádorové buňky, plodová voda, cizí tělesa, vzduch). Masivní plicní embolie, kdy je postiženo více než 50% plicního řečiště, bezprostředně ohrožuje člověka na životě. Plicní infarkt je označení pro submasivní embolizaci, která postihuje plicní tepny střední velikosti. Při mikroembolizaci jsou uzavřeny malé arterie, může být bezpříznaková nebo se příznaky rozvíjejí pomalu. Farmakoterapie spočívá v podávání: antikoagulancií (heparin, nízkomolekulární hepariny, kumariny), trombolitik (streptokináza, urokináza, tkáňový aktivátor plazminogenu),

antiagregancií. Invazivní nechirurgickou metodou je embolektomie. Pacient se dostává na standardní oddělení po stabilizaci stavu (Šafránková, Nejedlá 2006).

Úkolem sestry je:

- uložení pacienta do Fowlerovy polohy, připojení na přívod O₂ brýlemi
- natočení EKG, pravidelné měření TK, P, D
- sledovat celkový stav pacienta – stav vědomí, dušnost, neklid, bolesti
- sledovat projevy krvácení jako vedlejší účinek farmakoterapie
- sledovat příjem a výdej tekutin
- zavedení PŽK, podání ordinací, sledování výsledků INR, APTT
- zajistit plánovaná vyšetření – echokardiografie, CT
- zhodnotit míru schopnosti sebe péče a zajistit pomoc při uspokojení základních potřeb

(Šafránková, Nejedlá 2006)

Sanitář pomáhá pacientovi, u kterého je indikována základní ošetrovatelská péče v případných potížích v sebeobsluze. Zajišťuje doprovod pacientů na vyšetření. Chystá přístroje k aplikaci léčiv – infuzní pumpy, dávkovače, kyslíkové hodiny a zvlhčovače O₂.

1.3.10 Arytmie

Arytmie je porucha normálního sledu srdečních stahů. Důvodem může být abnormální tvorba vzruchů nebo poruchy ve vedení vzruchu. K arytmiím dále patří kolísání srdeční frekvence do patologických hodnot – tachykardie a bradykardie (Kolář et al. 2009). Problematika arytmií je velmi obsáhlá a zásadním způsobem přesahuje rámec této práce. Podrobnější znalosti jsou nezbytné pro sestry na koronárních jednotkách. Pro potřeby sester na standardním oddělení bych zmínila pouze stručné shrnutí absolutního základu. Příčinou arytmiie může být jakékoliv onemocnění srdce. Mezi příznaky patří palpitace, pocit dušnosti a slabosti z poklesu minutového srdečního objemu. Rozhodující význam v diagnostice má standardní dvanácti svodový záznam EKG, dlouhodobé sledování EKG formou Holterova monitorování (ambulantně) a telemetrického monitorování během hospitalizace (Kolář et al. 2009). Schopnost správně natočit a porozumět základům EKG je pro sestru na kardiologii nutností. Křivku sice vyhodnocuje lékař, ale sestra musí být schopna posoudit, který záznam musí bez prodlení poskytnout lékaři. K léčbě arytmií se užívají antiarytmika. Nefarmakologická léčba zahrnuje vagové manévry, kardioverzi,

kardiostimulaci, katetrizační ablaci, implantaci defibrilátoru a chirurgickou léčbu (Kolář et al. 2009). Sestra na standardním oddělení běžně poskytuje ošetrovatelskou péči před a po plánovaném zavedení kardiostimulátoru. Ta je obdobná jako standardní před a pooperační péče.

1.3.11 Invazivní diagnostická vyšetření a terapeutické výkony v kardiologii

V této kapitole předkládám základní přehled výkonů, které jsou typické pro kardiologii a mají vliv na ošetrovatelskou péči.

TEE – Transezofageální echokardiografické vyšetření. Ošetrovatelská péče vychází z toho, že pacientovi je do jícnu, po aplikaci znecitlivující látky, zavedena sonda. Pacient musí před výkonem lačnit, sestra by mu měla poskytnout psychickou podporu - vyšetření je nepříjemné, měla by vytvořit dobrou atmosféru a asistovat lékaři - nachystat pomůcky, asistovat při výkonu, pečovat o pacienta během výkonu. Po vyšetření musí sledovat FF a zajistit lačnění, včetně příjmu tekutin, do obnovení citlivosti při polykání (1-2 hodiny).

SKG – Selektivní koronarografie. Invazivní katetrizační vyšetřovací metoda koronárních tepen. Tepny jsou zobrazeny rentgenograficky po selektivním nástřiku kontrastní látky do jejich odstupu z aorty (Kolář et al. 2009).

PCI – Perkutánní koronární intervence. Souhrnný název pro katetrizační výkony na koronárních tepnách (Kolář et al. 2009).

PTCA – Perkutánní transluminální koronární angioplastika. Metoda balónkové dilatace zúžených koronárních tepen (Kolář et al. 2009).

Ošetrovatelská péče před a po katetrizaci vychází z faktu, že je pacientovi punktována stehenní tepna. Před výkonem pacient lační a sestra zajistí vyholení třísel – provádí sanitář. Po výkonu je třeba zajistit klid na lůžku (24 hodin), zatížení místa vpichu, které je sterilně kryto, kompresí (6-8 hodin). Pacient nesmí hýbat končetinou a napínat břišní svaly. Hodiny strávené na zádech, bez možnosti pokrčení punktované končetiny, bez možnosti otočení a změny polohy, znamenají pro pacienty obvykle velká omezení a nepohodlí. Sestra pravidelně kontroluje FF, krvácení a bolest. Sanitář pomáhá pacientovi především s příjmem tekutin a stravy a s vyměšováním. Ošetrovatelský personál na oddělení se snaží pacienta psychicky podpořit, vysvětlit mu důležitost dodržení léčebného postupu a celý proces mu co nejvíce ulehčit.

DSA – digitální subtrakční angiografie. Katetrizační metoda k rentgenovému vyšetření periferních tepen při ischemii dolních končetin podáním kontrastní látky (Kolář et al. 2009). Ošetrovatelská péče je obdobná jako u SKG.

Trvalá kardiostimulace - Léčebná metoda chronicky pomalých rytmů, která spočívá v implantaci kardiostimulátoru do podkoží, s elektrodami zavedenými do hrotu pravé komory nitrožilním vstupem (Kolář et al. 2009). Pacient před výkonem lační, na výzvu je sestrou premedikován: profylakticky ATB a proti bolesti opiátem. Po výkonu je ordinován klidový režim a operační rána po implantaci je zatížena kompresí – pískem. Sestra natočí EKG, měří TK, P a TT, monitoruje bolest a pravidelně sleduje případné krvácení z rány. Sanitář dopomáhá pacientovi v sebeobsluze a informuje sestru o změně stavu pacienta.

Mezi **neinvazivní vyšetření**, která nevyžadují speciální přípravu a následnou péči o pacienta patří **rentgenové vyšetření hrudníku** (srdeční selhání), **transthorakální echokardiografie TTE** (zobrazení srdečních struktur), **spirometrie**, **zátěžové EKG**. Spolupráce sestry a sanitáře spočívá v časném objednání pacienta k indikovanému výkonu formou doručení žádanek na příslušné pracoviště, za transport pacienta na a z vyšetření je zodpovědný sanitář. Sestra by však měla zvážit doprovod dle aktuálního zdravotního a psychického stavu pacienta.

2. Výzkumná část

2.1. Metodologie

Pro účel mé bakalářské práce jsem zvolila **kvalitativní výzkum**. Konkrétně metody **etnografie a autoetnografie**. Tedy formy, které nejsou pro výzkum v ošetrovatelství příliš typické. Přínos zvolené metody spočívá v možnostech zkoumat fenomén v přirozeném prostředí, odhalovat procesy a příčinné souvislosti. Jejím prostřednictvím lze objasnit, jak lidé v určitém prostředí a v určité situaci chápou význam toho, co se děje a jak to ovlivňuje jejich chování. Cílem **etnografického výzkumu** je získat holistický obraz určité skupiny. Důraz je kladen na dokumentování každodennosti jedinců metodou přímého pozorování. Hypotézy lze formulovat až během výzkumu na základě interpretace sebraných dat. Holistický pohled je založen na předpokladu, že celek je více než pouhý součet jeho částí, důležitou roli hrají vztahy mezi částmi (Hendl 2012).

Metoda **autoetnografie** klade vysoké nároky na výzkumníka, vyžaduje ochotu vzdát se osobního bezpečí, stát se zranitelným a odhalit svá tajemství v zájmu nového pohledu na realitu, kulturu a sociální prostředí, ve kterém výzkum probíhá. Spíše než prezentaci jediné a objektivní pravdy převyprávěním „celého příběhu“, nabízí možnosti nových pohledů a interpretací ze strany čtenářů. Může tak inspirovat čtenáře ke kritické sebereflexi svých vlastních profesionálních zkušeností. Metoda je vystavěna na předpokladu, že neexistuje jedna jediná pravda, vnímání reality je individuální a jeho součástí jsou zkušenosti z interakcí s ostatními. Autoetnografie přináší navíc, ke strohému zaznamenání pozorovaného, vlastní interpretace autora založené na jeho osobním výkladu reality z pozice sociální bytosti, která se života ve skupině přímo účastní a svým osobnostním založením pomáhá zkoumané mechanismy zároveň aktivně vytvářet a ovlivňovat (Peterson 2014, str. 226-231). Zásadní je životní příběh výzkumníka. Předchozí životní zkušenosti, které formovaly jeho osobnost a životní cesta, která ho dovedla až do bodu rozhodnutí realizovat výzkum (Muncey 2005, str. 1-12). Díky tomu, že jsem na oddělení zaměstnána na plný úvazek ve stálém pracovním poměru, jsem mohla zvolit metodu otevřeného zúčastněného pozorování v roli účastníka jako pozorovatele. Během pozorování jsem zohlednila nutnost **etického jednání** při výzkumu. Po získání souhlasu s realizací výzkumu na pracovišti ze strany vedení nemocnice, vrchní a staniční sestry, jsem postupně informovala všechny členy týmu o svém záměru. Zdůraznila jsem, že má každý právo svou účast na výzkumu bez následků odmítnout nebo v průběhu výzkumu požádat o vyjmutí ze

sledované skupiny. Od účastníků jsem získala ústní informovaný souhlas. Vzhledem k tomu, že plně identifikuji oddělení, na kterém výzkum probíhal, jsem se rozhodla zachovat přísnou anonymitu všech účastníků s ohledem na jejich pocit bezpečí. Jedinou osobou, u které není z důvodu jedinečnosti pracovní pozice možné zachovat anonymitu je staniční sestra. V tomto případě jsem zvolila eticky přijatelný přístup – seznámení staniční sestry s obsahem práce před jejím odevzdáním s právem požádat o úpravu informací týkající se její osoby a její případný komentář k zveřejněným výsledkům. V praktické části popisují tým pouze obecně – počet zaměstnanců, průměrný věk a průměrnou délku praxe. Používám označení sestra a sanitář bez ohledu na to, která sestra a který sanitář. Cílem výzkumu není hodnotit jednotlivé účastníky, ale odhalení obecných mechanismů spolupráce.

Výzkum je **exploratorní** neboli průzkumový, protože zkoumá nové téma s cílem popsat ho co nejpřesněji. „Úkolem výzkumníka je navrhnout formulace otázek, jež je nutné zodpovědět v budoucnu v rámci rozsáhlejšího a systematického výzkumu.“ (Hendl 2012, str. 36).

Sběr dat probíhal od 1. 10. 2018 do 31. 3. 2019. Před začátkem výzkumu jsem měla na oddělení odslouženo 200 hodin jako sestra na praxi – na lůžkách intenzivní péče a 4 měsíce jako sanitář. Byla jsem tedy v pozici, kdy oddělení a tým dobře znám. Vnímání reality tak nebylo dle mého názoru zkreslenou stresem z nového prostředí, neznalostí nebo nejistotou v pracovních postupech. Během sběru dat jsem se snažila oprostit od vzájemných sympatií a neobjektivních hodnotících soudů. Data jsem průběžně zaznamenávala formou písemných poznámek, které jsem třídila do tematických celků - segmentů. Postupně se začaly rýsovat okruhy, ve kterých spatřuji těžiště spolupráce sestry a sanitáře. Seřazená data jsem rozdělila podle praktických činností v poskytování péče do jednotlivých kategorií:

- I. Příjem potravy a tekutin
- II. Hygiena
- III. Vylučování stolice a moči, bilance tekutin
- IV. Poruchy kožního krytu, prevence vzniku dekubitů, převazy
- V. Doprovod pacientů na ambulance, převoz pacientů k výkonům na sál a ze sálu
- VI. Přístroje a lůžka

Úroveň spolupráce sestry a sanitáře je v každé kategorii, po obecném úvodu, odstupňována:

- A. Standard, funkční spolupráce, která nijak nevybočuje do extrémů
- B. Nadstandard, spolupráce, která vyžaduje zvýšené úsilí a vstřícnost za účelem pomoci kolegům, přispívá k atmosféře na oddělení v pozitivním smyslu
- C. Nefunkční spolupráce, absence kolegiality, spolupráce, která je jednostranná, chaotická nebo žádná, může vést ke zhoršení úrovně poskytované péče

2.2. Cíl výzkumu

Kvalitativní výzkum je charakteristický tím, že nepracuje s předem stanovenými teoriemi, které by potvrdoval nebo vyvracel. Teorie často vznikají během výzkumu průběžnou analýzou sebraných dat (Hendl 2012). Ani můj výzkum v rámci bakalářské práce nevychází z předem stanovené teorie. Cílem je odhalení mechanismů spolupráce mezi sestrou a sanitářem v průběhu poskytování ošetrovatelské péče. Během průběžné analýzy dat vznikla potřeba kategorizace, kterou jsem uvedla v předchozí kapitole. Autoetnografická část výzkumu odkrývá, pomocí životního příběhu autorky, osobnostní nastavení výzkumníka. Účelem je ozřejmit čtenářům můj úhel pohledu, vnímání a interpretaci sociální reality. Rozhodně se nejedná o „strukturovaný životopis“, ale o spíše intuitivně vybrané události, které považuji za podstatné pro formování mé osobnosti.

2.3. Osoba výzkumníka

Odhalení vlastní identity, niterních hodnot, postojů a přání je základem auto etnografie. Zároveň je to část velmi náročná na ochotu autora vystoupit z bezpečí anonymity a poctivě a pravdivě sám sebe charakterizovat. Podstatnou otázkou pro mne bylo, jak vůbec sepsat vlastní příběh, co vybrat, co je podstatné? V tomto ohledu jsem se nechala inspirovat především z článkem T. Muncey PhD z roku 2005 *Doing autoethnography*. Její výzkumná práce mi poskytla návod, jak vystihnou formou volných asociací vše podstatné z životního příběhu. Vedle základních a důležitých objektivních událostí, také charakter a pocity autora, to vše na minimální ploše. Čtenář je vystaven určitému působení emocí, které v něm mohou probudit vlastní potřebu sebereflexe svého životního příběhu. Doktorka T. Muncey, zdravotní sestra a výzkumnice, využila v rámci doktorandského programu studia metodu autoetnografie k výzkumu společenského a zdravotnického fenoménu „teenage

pregnancy“. Na základě vlastního životního příběhu, kdy otěhotněla a stala se matkou v 15 ti letech, zkoumá tento specifický až společensky patologický problém - „*deviant case*“. Paralelu s mým vlastním životním příběhem jsem našla ve faktu, že také můj dosavadní život nese jisté prvky „*deviant case*“. Tímto výrazem označuji v mém případě rozhodnutí jít životem svou vlastní, ne úplně většinovou cestou, řídit se spíše svým instinktem, než přesným kalkulem, měnit pružně strategie dalšího směřování s vědomím všech následků a nepohodlí. Konkrétně rozhodnutí vystudovat úplně nový obor a zahájit novou kariéru ve 43 letech. Obor, u kterého jsou předpokladem k získání kvalifikace stovky hodin praxe. Tedy situace, kdy se člověk ocitne ve věku, kdy jeho vrstevníci profesně kulminují, v pozici studenta, úplné nuly na oddělení, kde ho školí o generaci mladší kolegové. Dobrovolné rozhodnutí nezaložit vlastní rodinu. To jsou dva statusy, které nelze v České republice určitě považovat za obvyklé a většinové. Právě procesem získávání nové kvalifikace zdravotnického pracovníka jsem došla z výchozího bodu nula, přes pracovníka v sociálních službách k sanitářce studující VŠ, tedy do role výzkumníka v rámci bakalářské práce a zároveň sestry praktikující na stejném oddělení před závěrečnou zkouškou. Absence vlastní rodiny má ten význam, že si mohu studium a nové začátky dovolit realizovat.

Určující a charakteristické pro můj životní příběh je touha po poznání a dobrodružství, což se projevovalo již od dětství, především v rozhodnutí procestovat a poznat svět. Někdy během prvního stupně ZŠ jsem si nad atlasem světa naplánovala cestu lodí na Havajské ostrovy. Koncem sedmdesátých let v tehdejší socialistickém Československu poměrně odvážný nápad. Maminka, povoláním zdravotní sestra z kladenského ARO, se mě snažila udržet více v realitě, navrhovala, že jako lékařka bych možná měla příležitost poznat svět. Tatínek pracoval jako malíř, restaurátor v ústředí uměleckých řemesel v Bratislavě, hodně cestoval za prací po republice a do zahraničí a naší výchově nechával spíše volnější průběh. Dalším charakteristickým prvkem mého dětství byla nezkrotná energie a obtížná zvladatelnost, dnes by se jistě diagnostikovalo ADHD. Maminka, která pracovala na směny v nemocnici, měla velmi náročnou organizaci péče o rodinu. Mne a mou o rok mladší sestru přihlásila do plaveckého oddílu. Její rozhodnutí mělo dva praktické důvody. Prvním byla naděje na vynaložení energie nějakým rozumným způsobem a předpoklad k získání disciplíny. Druhým důvodem byl fakt, že jsme trávily letní prázdniny na Slovensku v Senci, kde měla naše babička domek přímo u jezera. Naučit se plavat bylo nutností. Maminku, jako zdravotní sestru, volali téměř každé léto k resuscitaci tonoucích. A ta

nebyla vždy úspěšná. Já osobně jsem se ve sportu v mládí „našla“. Byla jsem soutěživá a ctízádnostivá. Jinak ne příliš velké sebevědomí jsem se snažila získat cestou sportovních úspěchů. Dostala jsem se do juniorské reprezentace a vystudovala střední sportovní školu v Českých Budějovicích. Pro plavání neměla nijak zvláštní talent. Nahradila jsem ho tedy vůlí a přístupem. Sport mně naučil, že není dobré dávat si příliš nízké cíle, nevzdávat se při neúspěchu a umět ho přijmout. Můj sportovní sen vyhrát olympiádu byl, na rozdíl od toho „mořeplaveckého“, nad moje síly. Sportovní škola mi však dala smysl pro disciplínu, dodržování pravidel, sebekázeň, vytrvalost. Pobyt na internátu, soustředění, závody, to vše přispělo k samostatnosti a k nutnosti pochopit pravidla týmu, soužití, přátelství, nutnost spolupráce s ostatními. Během studia na střední škole jsem předpokládala, že budu pokračovat ve studiu na FTVS obor trenérství nebo fyzioterapie, rehabilitace. Během studia však proběhla revoluce a otevřely se zcela nové možnosti. Mohla jsem realizovat svůj cestovatelský sen. Začala jsem se věnovat více cizím jazykům. Sice jsem ještě maturovala z biologie, ale také z němčiny a tu jsem po maturitě studovala na pedagogické fakultě UK. Teorie mne příliš nebavila a po praxi na ZŠ v Praze na Proseku mne přešla také chuť učit. Ve třetím ročníku jsem byla vybrána na stáž do německého Hamburku. Byla jsem nadšená z života v cizí zemi, Hamburk se v Německu díky přístavu označuje jako „Tor zum Welt“ – Brána do světa. Do školy jsem se již nevrátila. Hledala jsem další možnost vycestovat, pro změnu do anglicky mluvící země. Našla jsem příležitost v irském Dublinu. Na začátku jsem bydlela v hostelu, myla nádobí v restauraci a po večerech se učila angličtinu. Později jsem si pronajala byt, našla irské přátele, dělala servírku, cestovala po Irsku. Po dvou letech dobrodružného života, získávání neocenitelných zkušeností a jazykových znalostí jsem pocítila potřebu posunout se někam dál. Připadalo mi, že stagnuji, že nechci strávit celý život nekvalifikovanými pomocnými pracemi. Zároveň jsem chtěla pokračovat v cestování, poznat život v dalších zemích. Vrátila jsem se do Prahy přesně v době, kdy zde probíhal konkurz na práci na zaoceánských lodích v USA. Můj dětský plán byl najednou o krok blíž k realizaci. Díky angličtině a praxi v pohostinství jsem byla vybrána. Následovaly intenzivní 4 roky dobrodružství, poznávání, zábavy, ale zároveň velmi tvrdé práce. Práce na zaoceánské lodi znamená absolutní ztrátu soukromí, sdílení miniaturní kajuty s kolegy z různých částí světa, péče o náročnou klientelu, neomezená pracovní doba, velmi málo spánku a odpočinku. Většina je lidí, co jsem poznala, je ochotna toto podstoupit v první řadě kvůli výdělku. Pro mne bylo zásadní vidět svět. Bonusem jsou životní zkušenosti a sebepoznání, ze kterých neustále těžím. Zvyk

spolehnout se sama na sebe, ale přitom také spolupracovat s ostatními, sdílet, ale držet si své soukromí. Americká klientela hostů mne vycvičila v profesionálním, ale otevřeném přístupu k uživatelům jakékoliv služby, založeném na respektu k druhým při zachování vlastní důstojnosti. Sdílení životního prostoru a spolupráce s kolegy z různých zemí světa mne naučilo toleranci, respektu k odlišnosti, schopnosti hledat kompromis, ale zároveň sebedůvěře. A navíc jsem měla příležitost splnit svůj dětský plán a doplout lodí na Havajské ostrovy. Pocity při plnění dětského snu, ať je jakýkoli, bych přála zažít opravdu každému. Po čtyřech letech na moři jsem začala mít potřebu dostudovat a dělat kvalifikovanou práci. Kumulovala se fyzická a hlavně psychická únava a stupňovala se touha po soukromí. Návrat do ČR a zejména do rodného Kladna však přinesl po letech cestování šok a rozčarování. Najednou jsem nevěděla, co vlastně dál. Pracovala jsem jako recepční v hotelu a studovala cestovní ruch na VŠO, ale neměla jsem pocit, že je to úplně ono. Poměrně rychle a velmi neuváženě jsem se vdala, s jistou dávkou ironie to dnes zpětně hodnotím jako náhradu jiného dobrodružství. Můj, dnes již bývalý, manžel pracoval jako letecký mechanik dálkových letadel v ČSA. Spíše nežli životního partnera jsem v těžké době hledání další vlastní identity našla člověka, který měl vztah k cestování a atraktivní, zajímavé, nerutinní povolání. Díky spolužačce z VŠO, která pracovala jako letuška, jsem se v době manželova ročního pracovního pobytu v New Yorku spíše ze zvědavosti a ze „soutěživosti“ zúčastnila probíhajícího konkurzu na stevardku do ČSA. Díky předchozím zkušenostem jsem uspěla i ve věku, ve kterém se v minulosti stevardky chystaly spíše k ukončení kariéry. Ačkoliv jsem o této profesi nikdy před tím neuvažovala a dostala se k ní náhodou (nebo osudem), připadala mi pro mne vlastně ideální. Logické pokračování dosavadního života, další cestování a dobrodružství, rozšiřování obzorů. Na studium VŠO nezbyl čas a chyběla potřebná motivace. Nebýt toho, že firma balancovala na pokraji krachu, tak se možná ani nezamýšlím nad změnou. Postupem času však také přibyl pocit absence smyslu mé práce. Zlomovým byl pro mne jeden noční dálkový let, během kterého jsem se poprvé setkala se seniorem s Alzheimerovou chorobou. Setkání mne opravdu zasáhlo. Začala jsem zvažovat studium sociální práce. Narůstala ve mně potřeba ještě něco dokázat a vidět ve svém povolání smysl. Rozhodnutí opustit zajímavou a dobře placenou práci však nebylo lehké. Můj osobní život byl poznamenán rozvodem a těžkou nemocí matky. Práce pro mne byla jediným stabilním bodem. Zanedbávala jsem odpočinek a péči o zdraví, ignorovala jsem zdravotní potíže. Až plicní embolie mne přinutila zastavit zběsilé tempo a zamyslet se, co dál. Zpětně považuji za symbolické, že

moje bilancování probíhalo na oddělní kardiologie, kde jsem byla hospitalizována. Tehdy by mne ani ve snu nenapadlo, že se za pár let budu věnovat kardiologii jako všeobecná sestra. Po stabilizaci zdravotního stavu se mi ještě podařilo vrátit se do letectví, ale bylo jasné, že v tomto oboru nemám budoucnost. Po smrti maminky jsem využila nabídku odstupného při dobrovolném odchodu od firmy. Zase jsem jednou stála na začátku. Ale měla jsem plán a hned ho začala realizovat. Rekvalifikovala jsem se na pracovníka v sociálních službách a po dvouměsíční praxi v domácí péči jsem nastoupila do domova pro seniory v Kladně. Přiznávám, že přechod z letectví do sociálních služeb byl šok. Ideály vystřídala frustrace, pocit, že tohle jsem tedy přecenila. Někdy jsem si přála, aby to vše byl jen zvláštní sen, ze kterého se probudím, a můj bývalý život bude zpět. Přehodnotila jsem rozhodnutí věnovat se sociální práci a zvolila jsem ošetrovatelství. Začala jsem s každodenní přípravou na přijímací zkoušky. To mi dávalo naději na lepší budoucnost. Zpětně na toto období vzpomínám vlastně velmi ráda, naučila jsem se vážit si maličkostí a každého drobného pokroku, začala jsem objevovat skutečné hodnoty. Po létech povrchního užívání všeho, jsem měla pocit, že něco vracím zpět. Vrchní sestrou v DS byla blízká kamarádka a bývalá kolegyně mojí maminky z ARO, která mi dala nejen šanci začít v oboru, ve kterém jsem neuměla vůbec nic, ale navíc řekla úplně zásadní větu: „*Ve zdravotnictví je nejlepší začít úplně od píky.*“ Zpětně absolutně souhlasím a vážím si každé, často drsné, zkušenosti, které mne dovedla až k této bakalářské práci.

Úplným obloukem, doslova přes půl světa, se tak nakonec dostávám k povolání, které by bylo kdysi před třiceti lety možná naprosto logickou volbou. Ale asi bylo nezbytné absolvovat to vše, jít svou cestou, splnit si své sny, opakovaně se učit z pádů a tím dozrát. A pak se konečně začít věnovat tomu, v čem cítím uspokojení ze smyslu. Tak jsem se v rámci studia dostala role výzkumníka.

Věřím, že mé dosavadní životní zkušenosti zúročím v budoucím povolání, že se promítnou do vztahu k pacientům a ke kolegům, že neztratím úctu a pokoru. Zároveň doufám, že tato autoetnografická část odkrývá úhel mého pohledu na důležitost spolupráce v týmu a můj osobní přístup k ní.

2.4. Oddělení

Oddělení C (KSC, KSKJC) je lůžkovou částí divize angiologie III. interní – kardiologické kliniky Kardiocentra FNKV a 3. LF UK v Praze. Kardiologie má ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady velmi dlouhou tradici. Největší rozvoj byl zaznamenán v letech 1995-2015, kdy došlo postupně k transformaci v největší kardiologickou kliniku v České republice (Widimský 2015). Na lůžkové oddělení divize angiologie jsou přijímáni pacienti k vyšetření a léčbě akutních cévních onemocnění a k plánovaným intervenčním výkonům (Roháč 2015). Oddělení C je specifické tím, že má jak lůžka intenzivní péče – koronární jednotka KSKJC, tak standardní lůžka – KSC. Oddělení na nachází ve třetím patře budovy S. Poloha oddělení je důležitá pro organizaci poskytované péče. Ambulantní část – echo, UZ, RTG, cévní ambulance jsou v přízemí a sály jsou v suterénu. Pacienty je potřeba dopravit na vyšetření a na výkony jedním ze dvou výtahů, společných pro celou budovu, což představuje nároky na čas sester i sanitářů. Koronární jednotka má kapacitu šesti monitorovaných lůžek v jednom třílůžkovém a třech jednolůžkových pokojích. O pacienty na koronární jednotce pečují dvě sestry specialistky v intenzivní péči v denních i nočních službách. Standardní oddělení má kapacitu šestnácti lůžek v jednom čtyřlůžkovém a čtyřech třílůžkových pokojích. Během denní služby se o pacienty starají dvě všeobecné sestry, během noční služby pouze jedna sestra. Sestry z obou oddělení si navzájem dle potřeby a kapacity vypomáhají. Na standardním oddělení je možnost monitorování šesti pacientů formou připojení na telemetrii. O pacienty pak pečují sestry ze standardního oddělení, vitální funkce na monitoru však sledují sestry z koronární jednotky. Obě oddělení mají vlastní lékaře. Z pomocného zdravotnického personálu slouží denní směny ve všední dny dva sanitáři. Noční směny a víkendy jeden sanitář. Pracovnice kuchyňky je k dispozici nepravidelně, v době její nepřítomnosti přecházejí také její pracovní povinnosti na sanitáře. Sesterna s léky a veškerými pomůckami je společná pro obě oddělení. Na sesterně mají své zázemí sestry pečující o standardní oddělení. Sestry JIP mají k dispozici zvlášť pult s monitory a svou dokumentací. Na společné vyšetřovně s jedním vyšetřovacím lehátkem se nachází veškeré vybavení pro sterilní výkony – kanylace, punkce atd. Sanitáři obsluhují sklad materiálu, z něj doplňují pomůcky na sesternu: jehly, stříkačky, zkumavky k odběru biologického materiálu, infuzní sety a převazový materiál. Dále především čistící místnost, ve které uloženy dezinfekční prostředky, inkontinenční pomůcky, hygienické prostředky pro pacienty, umyvadla, močové lahve, nádoby na sběr moči, 3 pojízdná toaletní křesla,

podložní mísy, výlevka a dva dřezy s dezinfekčním roztokem, koše na biologický odpad a koše na použité prádlo. Čisté prádlo je doplňováno do zvláštního skladu.

Pouze jeden pokoj pro pacienty má vlastní sociální zařízení. Pro ostatní jsou společná WC – dámské a pánské, dva sprchové kouty a jedna bezbariérová koupelna, se sprchou a toaletou. Tato velmi prostorná koupelna je pro svou praktičnost využívána nejvíce. Její využití je tedy, zejména během dopolední hygieny potřeba dobře koordinovat. Veškeré prostory sociálního zařízení jsou vybaveny signalizačním zařízením pro pacienty.

Na chodbě je také malá knihovna s informačními materiály pro pacienty, knihami a časopisy, které většinou věnují sestry, sanitáři a někdy pacienti ze svých zdrojů. Jinak slouží pacientům k rozptýlení TV na pokojích a wifi.

Ošetrovatelský personál řídí staniční sestra, která má na oddělení svou kancelář. Její úloha v koordinaci spolupráce sester a sanitářů bude podrobněji rozebrána v kapitole Interpretace dat.

2.5. Ošetrovatelský tým

Vzhledem k tématu mé bakalářské práce se soustředím pouze na představení ošetrovatelského týmu. S vědomím toho, že kvalita komunikace a spolupráce sester a lékařů hraje velmi důležitou roli v utváření celkové atmosféry na oddělení. Hlubší analýza by však výrazně přesáhla rozsah této práce.

Včetně staniční sestry pracuje na oddělení celkem dvacet sester a pět sanitářů. Rozložení týmu je:

- 16 všeobecných sester (9x Bc., 1x DiS, 6x zahájení studia před 2003/2004), 5x specializace v intenzivní péči, 1x právě probíhající specializace, několik certifikovaných kurzů EKG a péče o rány
- 4 praktické sestry, z nichž 2 studují 2. ročník VOŠ
- z pěti sanitářek mají 3 maturitu a dvě si doplňují kvalifikaci všeobecné sestry
- délka praxe sester se pohybuje od 5 let do 40 let, průměrná délka praxe nemá dle mého názoru vzhledem k velkým rozdílům velkou vypovídající hodnotu, obecně lze říct, že tým tvoří velmi zkušené sestry (pouze v pěti případech nedosahuje délka praxe 10 let, ale převyšuje 5 let)

- nejdelší praxe sanitáře je 12 let (před tím 26 let účetní, s maturitní zkouškou z gymnázia) nejkratší u studujících sanitářů 4 měsíce (předtím 3 roky pečovatelka v DS)
- staniční sestra s délkou praxe 39 let, vysokoškolské vzdělání Bc., specializace v intenzivní péči
- 1x mateřská dovolená, 5x zkrácený úvazek sestry a 1x u sanitářky
- jediný muž v ošetrovatelském týmu – praktická sestra na částečný úvazek, se zkušeností sanitáře
- 2 sestry mají zkušenost jako sanitářky během studia SZŠ, VŠ k získání kvalifikace praktická a všeobecná sestra
- 2 praktické sestry ze zahraničí (Ukrajina) mají zkušenost z prací v jiném oboru před získáním/uznáním kvalifikace pro výkon povolání v ČR

Obecně lze shrnout, že se jedná stabilní tým velmi zkušených a vzdělaných sester. Sanitáři jsou na všeobecné poměry v oboru a kvalifikační požadavky vzdělání nadprůměrně a mají předchozí dlouholeté pracovní zkušenosti v jiných oborech. Staniční sestra je, dle jednoznačně shodného hodnocení celého týmu, „*člověk na svém místě*“.

2.6. Harmonogram dne

Denní směna

ČASOVÝ ÚSEK	SESTRA	NEPLÁNOVANÉ	SANITÁŘ
6:45– 7:00	Hlášení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Výzvy pacientů: ○ WC, mýsy, toaletní křesla ○ Inkontinence ○ Krvácení ○ Bolest ○ Nevolnost ○ Teplota ○ Neklidný pacient ○ Pád ○ Různé dotazy, ➤ Výzvy ze sálu ➤ Plánovaná vyšetření ➤ Příjem, překlad, propuštění ➤ Urgentní stavy – kolaps, KPR ➤ Péče o tělo zemřelého 	Předávání pacientů a informací
7:00– 8:00	Kontrola pacientů Ranní medikace		Rozdávání snídaní, kávy, dopomoc pacientům
8:00– 12:00	Hygiena Převazy Vizita Ordinace, odběry, objednání vyšetření dle ordinací po vizitě Péče před výkonem Asistence u výkonů prováděných na oddělení Příjmy, překlady, propuštění pacientů Převoz pacientů k výkonům		Hygieny pacientů, desinfekce umyvadel, podložních a močových mís Úprava lůžek, výměna lůžkovin Příjem a uskladnění čistého prádla a materiálu Desinfekce nástrojů Doprovod pacientů na sály a vyšetření Slívání moči
12:00– 13:00	Polední medikace TK, glykemie, bilance tekutin		Podávání obědů, dopomoc pacientů s příjmem potravy a tekutin, sběr nádobí
13:00– 17:00	Odpolední ordinace, příjmy, propuštění Péče o pacienty po výkonech Dokumentace poskytnuté péče		Doprovod pacientů na vyšetření Úprava lůžek po propuštěných pacientech Dopomoc s WC Harmonogram
17:00– 19:00	TK, TT, kontrola vyprazdňování – stolice Glykémie, bilance tekutin Večerní medikace Doplňování dokumentace Kontrola pacientů před předáním Hlášení s předáním pacientů		Podávání večeří Slívání moči Výměna inkontinenčních pomůcek Výměna desinfekčních roztoků Odvoz špinavého prádla Kontrola pacientů Předání pacientů

Noční směna

ČASOVÝ ÚSEK	SESTRA	NEPLÁNOVANÉ	SANITÁŘ
18:45- 19:00	Hlášení Předávání pacientů	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Výzvy pacientů: <ul style="list-style-type: none"> ○ WC, mýsy, toaletní křesla ○ Inkontinence ○ Krvácení ○ Bolest ○ Nevolnost ○ Teplota ○ Neklidný pacient ○ Pád ○ Různé potřeby, potíže se spaním ➤ Akutní příjmy ➤ Urgentní stavy – kolaps, KPR, překlad na koronární jednotku ➤ Péče o tělo zemřelého 	Předávání pacientů a informací
19:00- 22:00	Kontrola pacientů Plnění ordinací Péče o pacienty po výkonech, kontrola vstupů – krvácení, rezistence, hematomy, bolest apod. Noční medikace Dokumentace		Kontrola pacientů Zjišťování individuálních potřeb stran medikace na bolest a na spaní Péče o pacienty po výkonech Kontrola dostupnosti signalizačního zařízení Úprava osvětlení a teploty na pokojích – okna apod. Přístroje – záznam používaných přístrojů, pumpy, dávkovače
22:00- 6:00	Plnění ordinací Pravidelná kontrola pacientů Doplňování dokumentace Harmonogram Lékárna Objednávání jídel na další den Kontrola výkonů, informace, kdo lační		Doplňování materiálu a pomůcek Desinfekce nástrojů a pomůcek Pravidelná kontrola pacientů Harmonogram Výměna inkontinenčních pomůcek Příprava čajů (pokud není k dispozici pracovní kuchyňky)
6:00- 7:00	Odběry krve a jiného biologického materiálu TT, EKG, glykémie Ordinace Dokumentace Kontrola pacientů, hlášení, předání pacientů		Slívání moči, případná hygiena, výměna inkontinenčních pomůcek Výměna desinfekčních roztoků Transport odebraného materiálu Předání pacientů

Víkendový režim

V sobotu a v neděli se harmonogram liší v tom, že nejsou plánovány výkony na sál, jako je DSA, implantace kardiostimulátoru apod., provádějí se pouze urgentní výkony. Na standardním oddělení je pouze lékař ve službě, vizity mají jiné časové rozpětí. Ve službě je pouze jeden sanitář. Nároky na spolupráci jsou tedy trochu jiné, bude specifikováno u jednotlivých oblastí péče, zejména se však jedná o hygienu, úpravu lůžek a rozdávání jídla. Pacienti mají obvykle více návštěv rodiny a přátel.

2.7. Data

Poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení interního typu má svá daná pravidla a do jisté míry rutinní nebo spíše standardizovaný průběh. Ten je dán typem oddělení, složením pacientů, harmonogramem dne.

Během hlášení a předávání pacientů si jak sestry, tak sanitáři utvoří představu o složení pacientů, jejich stavu a z toho plynoucích nárocích na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Zároveň se domluví na časové koordinaci a spolupráci, jak u konkrétních pacientů, tak u ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny na základě ošetrovatelské anamnézy, kterou odebírá všeobecná sestra při příjmu pacienta. Součástí ošetrovatelské anamnézy je: posouzení vědomí, orientace, schopnosti komunikace, vyhodnocení míry soběstačnosti pacienta, vyhodnocení rizika pádu a rizika vzniku dekubitů, dokumentace případného poškození kožního krytu, zjištění dietních nároků. Poskytování základní nebo specializované péče se dle zákona řídí stavem pacienta. Při plánování péče a její realizaci s využitím spolupráce ze strany sanitáře by mělo být respektováno vymezení kompetencí dle zákona.

Kategorie I. Příjem potravy a tekutin

K distribuci jídla slouží, jako v celé nemocnici, tabletový systém. Rozdávání jídel pacientům přímo na oddělení, dle seznamu s ordinovanými dietami, s údaji o nutnosti lačnit, je práce sanitářů. Ti také pomáhají pacientům s poruchou soběstačnosti od přípravy jídla po krmení. Pokud není přítomna pracovnice kuchyně, která pracuje rovněž na směny, v režimu krátký/dlouhý týden, sanitáři rovněž sbírají nádoby. Pacienti, kteří mají lékařem sledovanou bilanci tekutin, zapisují příjem do určeného lístku, pokud toho nejsou schopni, musí to udělat sanitář nebo sestra. Zrovna tak jako aktivní nabízení tekutin

pacientům s rizikem dehydratace z důvodu ztráty sebeobsluhy. Pacienti po výkonu DSA mají klidový režim v poloze na zádech s minimálním úhlem pod hlavou. Těmto pacientům je potřeba stravu nachystat, poučit je o nutnosti dodržet polohu také během jídla a eliminovat riziko aspirace.

Stupeň A:

- obě pozice vykonávají činnosti v rámci pracovních povinností, zároveň probíhá včasné a přesné předávání informací stran diet a stavu pacienta

Nejčastěji pozorovaná situace.

Stupeň B:

- v nepřítomnosti jednoho nebo obou sanitářů rozdává a sbírá jídlo jedna se sester, nejčastěji ocení pomoc sanitář o víkendech
- během podávání jídla reaguje na signalizaci pacientů sestra, vykonává činnosti spojené s vylučováním moči a stolice, odnáší biologický materiál do potrubní pošty, doprovází pacienty na vyšetření
- sestra pomáhá s krmením pacientů dle potřeby

Velmi často pozorovaná situace. Pro většinu sester je automatické nabídnout pomoc při podávání jídel a dohledu nad pitným režimem.

Stupeň C:

- nedostatek objednaných jídel
- nepředání informací ohledně změny diety, lačnění před výkonem, zrušení lačnění
- v nepřítomnosti jednoho nebo obou sanitářů žádná ze sester nenabízí pomoc s rozdáváním jídel

Občas pozorovaná situace. Nedostatky ve spolupráci jsou způsobeny především opomenutím, rychlým střídáním pacientů, náhlou změnou zdravotního stavu, spíše v nestandardních urgentních situacích, z nedostatku času, výjimečně z nedostatku ochoty udělat něco navíc.

Kategorie II. Hygiena

Na oddělení C probíhá hygiena u většiny pacientů po snídani nebo dle individuálního přání, pokud to provoz dovolí. Nároky na poskytování dopomoci, či celkové převzetí odpovědnosti za čistotu pacienta a s tím spojené nároky na spolupráci obou pozic velmi rychle kolísají dle aktuálního složení pacientů, jejich zdravotního stavu a schopnosti sebe péče. Během výzkumu byly zaznamenány dny, kdy byli na oddělení převážně soběstační

pacienti a pacienti, kteří potřebovali pouze drobnou pomoc – umyvadlo k lůžku, doprovod do koupelny apod. Většinou je však na oddělení pacient nebo více pacientů vyžadujících kompletní provedení hygieny ošetrovatelským personálem. Pacienti, u nichž hrozí selhání životních funkcí, jsou hospitalizováni na koronární jednotce. Zde je u provádění hygieny vždy přítomna sestra, která je za pacienta zodpovědná. Sanitáře žádá o pomoc dle potřeby, obvykle při polohování pacienta, při úpravě lůžka. Na standardním oddělení je, dle mého pozorování, přístup u různých seser rozdílný. Staniční sestra sice dbá na to, aby sestry nabízely pomoc a aktivně se podílely na hygieně a sama jde v tomto směru příkladem. „*Já jim pořád říkám, ať se jdou nejprve podívat na pacienta, nabídnou pomoc s hygienou a teprve potom ať si sedají k papírům, stejně nejsou hotové vizity...*“ A jsou sestry, které se tím řídí, ale je třeba objektivně zhodnotit, že to zdaleka není samozřejmé. Z mého pohledu je pro sestru nutností pacienta vidět, abych mohla zhodnotit jeho stav a naplánovat péči, jinak celý ošetrovatelský proces nedává smysl. Právě během hygieny je nejlepší příležitost k pozorování pacienta aniž bych ho nějak obtěžovala. Hygiena je jednou z oblastí spolupráce sestry a sanitáře, ve které je případná špatná úroveň spolupráce velmi dobře vidět.

Stupeň A:

- sestra po snídani obchází svěřené pacienty, nabízí pomoc sanitářům při hygieně, organizuje a vede hygienu u pacientů, kteří potřebují specializovanou či vysoce specializovanou péči
- sanitář upravuje lůžka, mění lůžkoviny, domlouvá s pacienty případnou pomoc, rozdává umyvadla, doprovází do koupelny, asistuje pacientům s lehkým omezením soběstačnosti

Během výzkumu nejčastěji pozorovaná forma spolupráce. Sice jsem v úvodu zmiňovala sestry, které se k lůžku „vydávají“ až po „důkladném studiu“ dokumentace, ale není to většina. Dále jsou situace, kdy alespoň jedna ze seser nabídne pomoc nebo si sanitáři sami asertivně pomoc vyžádají.

Stupeň B:

- sestra co nejdříve po hlášení a snídaních aktivně organizuje hygienu u všech svěřených pacientů, je to zároveň příležitost ke krátké konverzaci, zjištění kvality spánku, případných obtíží, bolesti, stavu kůže, poruch kožního krytu, rizika vzniku dekubitů

- sanitář dělá spíše pomocné práce, mění lůžkoviny, asistuje u pacientů náročných na péči, sám pečuje pouze o pacienty, kteří potřebují základní ošetrovatelskou péči

Pozorováno vždy, když sloužila na standardním oddělení staniční sestra. Jinak běžná praxe starších zkušených sester, které obvykle slouží na koronární jednotce a zvyk automaticky se podílet na hygieně přenášejí také na standardní oddělení. Vždy všechny praktické sestry. Jinak objektivně zaznamenány rozdíly jak mezi sestrami, tak mezi různými směny. Ochotu sester zapojit se do hygienické péče ocení sanitář zejména při víkendových směnách, při kterých jsou zaznamenány největší extrémy – od perfektní spolupráce k laxnímu přístupu až absenci spolupráce.

Stupeň C

- sestra vidí pacienta při podávání ranní medikace a to považuje za dostačující, nenabízí pomoc při hygieně a to ani v případech, kdy stav pacienta vyžaduje specializovanou péči
- sanitář zneužívá vstřícnost sestry, přistupuje k hygienám laxně, „přenechává“ péči o těžké pacienty ostatním, pokud pacient sám nechce, nijak ho k hygieně nenutí

Velmi zřídka, avšak přesto občas vyzorovaná situace. Větší četnost u víkendových směn, kdy obvykle neslouží staniční sestra. Rozdíly v přístupu jednotlivých členů týmu jsou velmi individuální. Často hraje roli únava, vyčerpání, starosti z osobního života apod.

Kategorie III. Vylučování moči a stolice, bilance tekutin

Tato oblast péče, zajištění podložních mís, močových lahví, toaletních křesel, jejich desinfekce a hygiena pacienta spadá spíše do kompetencí sanitáře. Těžiště spolupráce spočívá především v přesném pozorování, zaznamenávání a předávání informací sestře s ohledem na patologii vylučování – anurie, hematurie, krev ve stolici, průjem, zácpa apod. Zde se musí sestra spolehnout na pečlivost sanitáře. Sanitář naopak ocení, pokud sestra iniciuje zavedení PMK u pacienta, u kterého je předpoklad, že po výkonu nebude schopen použít močovou lahev, včas řeší průjmy a nemá problém poskytnout pacientovi toaletní křeslo nebo vyprázdnit močovou lahev pokud vidí, že sanitář má jinou práci. Jak uvádím v teoretické části, v kardiologii je velmi často sledovaným parametrem bilance tekutin. Jedná se především o případy městnavého srdečního selhání. Od přesně zaznamenané bilance tekutin se často odvíjí ordinace diuretik. Zanedbání v této oblasti péče může způsobit pacientovi život ohrožující stav, jakým je plicní edém.

Stupeň A:

- sanitáři včas reagují na výzvy pacientů stran potřeby dopomoci s toaletou, předávají přesné informace ohledně zaznamenaných nefyziologických odchylek, pečují o včasnou výměnu inkontinenčních pomůcek, přistupují zodpovědně k desinfekci pomůcek s ohledem na prevenci šíření nozokomiálních infekcí
- sestry i sanitáři se snaží vytvořit pro pacienty takové prostředí, které respektuje jejich intimitu a důstojnost v této citlivé oblasti péče. Cílem je ujistit pacienta, že se může kdykoliv, na kohokoliv s důvěrou obrátit. Eliminovat stavy, kdy mají pacienti pocit, že personál obtěžují.
- sanitáři přesně a zodpovědně zaznamenávají a počítají příjem a výdej tekutin u určených pacientů.

Na oddělení C běžná a dobře fungující praxe. Já osobně přiznám, že jsem v začátcích při velké pracovní zátěži a velké míře nových informací občas zapomínala na zápis výdeje tekutin, ale sestry mi brzy srozumitelně vysvětlily důležitost těchto informací. Vypozorovala jsem dobrou kontrolu jak mezi sanitáři navzájem, tak mezi sanitáři a sestrami.

Stupeň B:

- ochota sester vykonat sanitářskou práci jako poskytnutí toaletního křesla a jeho úklid, vyprázdnění močové lahve, výměna inkontinenční pomůcky, zejména pokud má sanitář jinou práci, například připravuje lůžko pro nového pacienta nebo zrovna obědvá
- sanitář, zejména během noční služby, nejenom sebere záznamy, ale hodnoty sečte a spočítá bilanci. Pokud je sestra na standardním oddělení sama a provádí veškeré ordinace, bilance je sledována u mnoha pacientů, tak jí to ušetří čas.

Na oddělení C obvyklá praxe. Velmi podobné záznamy jako v kategorii hygiena, prakticky stejné sestry, které ochotně spolupracují v oblasti hygieny, spolupracují také v této oblasti. Sanitář má omezené možnosti v pomoci sestře v její práci, neboť nemůže překračovat kompetence. Proto je oceněn každý drobný kolegiální krok.

Stupeň C:

- neochotná nebo žádná reakce na výzvu pacienta, sestra raději obejde celé oddělení, aby našla sanitáře, než by odnesla plnou močovou lahev

K tomuto bodu bych chtěla objektivně dodat, právě díky vlastní zkušenosti z obou pozic, že sanitáři jsou k některým sestrám občas neprávem přehnaně kritičtí: „ona ten zadek

prostě nezvedne... obešla půlku oddělení, aby mi řekla, že je tam plnej bažant...“

Samozřejmě se stane, že se sestře do určité činnosti, která patří sanitáři, někdy nechce. Ale jako praktikující sestra jsem poznala, že často ten čas opravdu nezbývá, sestra má v hlavě několik úkolů a nedokáže pojmout další. Čeká na výkon (punkce, TEE apod.), u kterého bude asistovat lékaři. Čeká na lékaře. Zdánlivě se tedy zdá, že sedí a nic nedělá, ale ve skutečnosti to tak není. Na oddělení C je přesto neochota sester k zastoupení sanitáře absolutně minimální.

Kategorie IV. Poruchy kožního krytu, prevence vzniku dekubitů, chirurgické převazy

Zhodnocení ran – na oddělení C jsou to nejčastěji gangrény, vyhodnocení rizika vzniku dekubitů je jako součást ošetrovatelského procesu plně v kompetenci všeobecné sestry. V rámci poskytování ošetrovatelské péče může pověřit sanitáře k asistenci u ošetřování ran. Sanitáři provádějí samostatně bandáže DK zejména z indikace prevence TEN, pomáhají při umístění pacientů na antidekubitní matraci a podílejí se na pravidelném polohování. Sanitář tráví s pacientem objektivně více času nežli sestra. Proto si může všimnout některých anomálií spojených s poruchou kožního krytu, které pacient nepovažoval za důležité sdělit sestře v rámci odebrání ošetrovatelské anamnézy nebo které jsou na takovém místě, že je lze snadno přehlédnout. Mám vlastní zkušenost, kdy jsem teprve asi 3. den hospitalizace, při mytí hustého porostu hlavy pacienta ve sprše, pacienta bez domova s lehkým kognitivním deficitem, objevila několik stehů na hlavě, nejistého stáří a původu, o kterých nebyla zmínka ani v lékařské ani v ošetrovatelské dokumentaci. Pozorný a zodpovědný sanitář může upozornit sestru na řadu patologických stavů u pacienta, které zjistí při poskytování hygienické péče.

Stupeň A:

- v úvodu popsaná praxe, vycházející z kompetencí dle zákona a vyhlášky. Sestra hodnotí rány a provádí chirurgické převazy dle standardů a nejnovějších poznatků. Sanitář asistuje z pověření sestry. Pokud zjistí sanitáři při hygieně nebo výměně inkontinenčních pomůcek poruchu kožního krytu, ihned informují sestru a asistují při ošetření
- motivace pacientů k pohybu – chůzi, spolupráce s fyzioterapeutkou, jako prevence vzniku dekubitů
- zajištění kontinuity ošetřování chronických ran po propuštění do domácí péče – ve spolupráci se sociální pracovníci

Nejčastěji pozorovaná, běžná, automatická praxe na oddělení.

Stupeň B:

- vnímavé pozorování pacientů ze strany sanitářů, pokud jdou na pokoj za nějakým účelem, zkontrolují také ostatní pacienty, zda jim vyhovuje polohování, zda nejsou v jedné poloze příliš dlouho apod.
- aktivní zvyšování a prohlubování kvalifikace absolvováním kurzů zaměřených na péči o rány

Sanitáři na oddělení C jsou dle výsledků pozorování komunikativní a pozorní směrem k pacientům. Zhodnotila bych objektivně, že sestry k nim mají důvěru a považují jejich informace za spolehlivé. Sestry i sanitáři se zajímají o moderní postupy v hojení ran, hlásí se na odborné semináře. Je obvyklé a velmi funkční, žádat při volbě prostředků k ošetřování ran o názor ostatní. Při diskuzi se sestry mohou podělit o zkušenosti, poradit si a sanitáři se mohou mnohé naučit. Perfektní praxe.

Stupeň C:

- nepřesné zhodnocení pacienta při odběru ošetřovatelské anamnézy, pacient je dotázán ústně na poruchy kožního krytu, ale není fyzicky prohlédnut
- nenahlášení zjištěné rány nebo spíše zarudnutí kůže, které může být prvním stupněm dekubitu ze strany sanitáře, nedodržení intervalů v polohování pacienta, přílišné spoléhání se na antidekubitní matrace
- delegování převazů na sanitáře aniž by sestra ránu alespoň viděla

Zřídka, ale přesto, pozorované případy. Pochybení není rozhodně nikdy úmyslné, bývá důsledkem časové tísně, např. příjem více pacientů v krátkém časovém úseku, sestra se spolehne na tvrzení orientovaného pacienta. Sanitář zaznamená riziko dekubitu, ale než se dostane k sestře, tak jej osloví další pacienti a nakonec dojde k opomenutí předání informace. Jak již bylo zmíněno, sestry na oddělení C svým sanitářům důvěřují, někdy lze vypožorovat tendenci přenechat sanitáři výkon, ke kterému nemá kompetenci. Sestra by však zcela jistě měla ošetřovanou ránu vidět, zhodnotit a rozhodnout o použitém materiálu k ošetření. Sanitář může při ošetření rány asistovat nebo může pracovat pod přímým dohledem či vedením sestry.

Kategorie V. Doprovod pacientů k ambulantním vyšetření, převoz k výkonům na sál

Jak bylo popsáno v úvodu, oddělení C se nachází ve 3. patře. Veškeré ambulance – echo, sonografie, cévní, RTG apod. jsou v přízemí a sály jsou v suterénu. Doprovod pacientů, kteří spadají do základní ošetrovatelské péče, je v kompetenci sanitářů. K ambulantnímu vyšetření jsou pacienti doprovázeni na výzvu z ambulance chůzí nebo na vozíku. Na sály jsou pacienti doprovázeni na výzvu ze sálů a to téměř výhradně v lůžku. K doprovodu na sál je tedy potřeba dvou osob. Vzhledem k umístění oddělení a nutnosti použít výtah – k dispozici jsou 2, se někdy jedná o časově náročnější činnost.

Stupeň A:

- sestry předají sanitářům během ranního hlášení informace o plánovaných výkonech, sanitáři zajistí, aby byl pacient připraven – chirurgické holení (obvykle již den předem), při podávání stravy zohledňují a kontrolují lačnění pacientů u indikovaných výkonů
- sestry předají sanitářům včas žádanky k ambulantním vyšetřením, sanitáři je co nejdříve doručí do příslušných ambulancí, aby nedošlo k prodlevě ve vyšetření pacienta
- na telefonickou výzvu informují sestry sanitáře, kterého pacienta je potřeba doprovodit na vyšetření
- na výzvu ze sálu sestra zkontroluje, eventuálně premedikuje, svěřeného pacienta, zkontroluje kompletní dokumentaci a s pomocí sanitáře odjíždí na sál

Nejčastěji zaznamenaná, rutinní běžná fungující praxe.

Stupeň B:

- sestra respektuje, že sanitář má jinou práci a doprovodí nebo vyzvedne pacienta z vyšetření sama
- pokud nemůže sestra opustit oddělení, dokončí práci sanitáře, tak aby on mohl vyzvednout pacienta, nebo domluví s ambulantní sestrou alternativní postup

Častá praxe, samozřejmě záleží na situaci na oddělení. Často se v krátkém časovém úseku nahromadí příjmy, propuštění, požadavky pacientů, výzvy na sál, telefonáty. Pak situaci velmi pomůže odlehčit alespoň přátelská lidská komunikace: „*Holky, já vím, že toho teď máte hodně, ale až budete mít chvíli času tak bych potřebovala...prosím...díky.*“

Stupeň C:

- opomenutí žádanek ze strany sanitářů, opomenutí sester upozornit sanitáře, že žádanku by bylo již nutné předat na ambulanci

- žádné nebo nesrozumitelné předání informací, že pacient má jet na vyšetření na sál
- sanitář neví, co má dělat dřív, obvykle má pacienta na WC, chystá lůžko, na které již někdo čeká a sestra není ochotna ho zastoupit
- sanitář „příliš nespěchá, dá šanci sestře, aby se také občas zvedla od stolu“

Zřídka pozorovaná situace. Jako u ostatních kategorií dochází na (ne)spolupráci, kterou řadím do stupně C především v důsledku vysoké zátěže, mimořádných stavů na oddělení, spíše z únavy – psychické i fyzické, nežli z neochoty.

Kategorie VI. Přístroje a lůžka

Oblast činností, která je převážně v kompetenci sanitářů. Sanitáři během plnění svého harmonogramu doplňují veškerý materiál, který potřebují sestry k práci. Sledují a zapisují pro staniční sestru zásoby materiálu, aby nedošlo k výpadku. Starají se o umístění infuzních pump a dávkovačů k lůžku pacienta, zajišťují kyslíkové hodiny, zvlhčovače a kyslíkové masky. Dezinfikují příslušenství EKG přístroje po použití u každého pacienta. Vybavení a doplnění resuscitačního vozíku, rovněž jako kontrolu funkčnosti odsávaček mají v kompetenci sestry z koronární jednotky. Je určité v zájmu týmu a především pacientů, aby si všichni členové týmu všímali opomenutí nebo nedostatků, které sice nespádají do jejich kompetence, ale mohly by mít vážné následky – připojení defibrilátoru, přenosného monitoru a EKG přístroje ke zdroji nabíjení, zajištění lůžek proti nežádoucímu pohybu, nebezpečné upevnění infuzních stojanů a připevněných přístrojů a podobně. Dezinfekci použitého lůžka a jeho přípravu mají v náplni práce sanitáři. Zde je v oblasti spolupráce důležité především: včas informovat sanitáře, že lůžko je již volné a jak rychle je ho potřeba nachystat pro dalšího pacienta. Informovat sestru, že lůžko je nachystané pro dalšího pacienta – čekajícího k plánovanému příjmu nebo urgentní příjem. Na sestře, ostatně jako ve všech předešlých bodech, spočívá organizace efektivní péče a rozhodování o prioritách. Nezřídka je totiž tlak na několik činností najednou, na které nejsou personální síly – pacient čeká na lůžko, další pacient čeká je volán k vyšetření, další pacient je doprovázen na sál, do toho obvykle zvoní telefony a výzvy pacientů, přichází lékař s ordinací náročnou na čas apod.

Stupeň A:

- svědomité plnění harmonogramu, který upravuje tuto oblast
- materiál je vždy a včas doplněn v dostatečném množství

- lůžka jsou upravena a nachystána s ohledem na dodržení hygienicko-epidemiologického režimu, komfort a bezpečí pacienta, kontrolu signalizačního zařízení a včasného předání informací k odstranění nedostatků
- sestra po předání propouštěcí zprávy citlivě a taktně vyjedná s pacientem opuštění lůžka (s ohledem na jeho možnosti a zdravotní stav), aby měl sanitář dost času připravit lůžko pro dalšího pacienta
- pokud dojde k pochybení v přípravě materiálu či lůžka ze strany sanitáře, sestra ho včas upozorní a pokusí se zjistit důvod vzniku nedostatku, aby mohl být v budoucnu eliminován

Stupeň B:

- sanitář má přehled o tom, co se děje na oddělení, proto si všimne, že sestra chystá infuzi nebo jinou ordinaci, automaticky jí připraví pomůcky, aniž by čekal na výzvu
- sestra vidí, že sanitář má jinou neodkladnou práci, nachystá si přístroje sama
- pokud to dovolí čas a sanitář je s pacientem mimo oddělení, sestra nachystá lůžko, obvykle v časové tísní, kdy na oddělení míří urgentní příjem
- sestra vidí, že sanitář sice má momentálně chvíli čas, ale potřebuje se napít, najíst atd. sama jen tak ze solidarity připraví lůžko, některé sestry si infuzní pumpy chystají automaticky a vždy samy

Na oddělení velmi častá praxe. Můj osobní dojem je, že právě takové „maličkosti“ a kroky navíc drží kolektiv pohromadě. Sestry tvrdí že si u sanitářské činnosti „čistí hlavu“.

Stupeň C:

- nedostatek informací, sestra se nervózně ptá, zda už je to lůžko hotové a sanitář ani neví, že předchozí pacient již odešel
- sestra raději chvíli počká, než by si namontovala infuzní pumpu, to samé v případě kyslíkových hodin apod.
- sestra nereaguje na zvukovou signalizaci infuzních pump a dávkovačů, nechá jít na pokoj sanitáře, který ale k výměně infúze nemá kompetence, ten jí následně předá informaci, ale jeho práce byla trochu zbytečná

Ve výjimečných situacích, obvykle opomenutí předání informací z důvodu zahlcení informacemi. Nejčastěji časová tíseň a psychická únava.

2.8. Interpretace dat

Seřazení sebraných dat do jednotlivých kategorií a odstupňování hodnocení funkčnosti spolupráce všeobecné sestry a sanitáře umožňuje, dle mého názoru, objektivní a přesnou interpretaci.

Výzkum ukázal, že spolupráce sester a sanitářů na oddělení C lze označit jako funkční a uspokojivou. Převážná část pozorovaných situací spadá do hodnocení kategorie A. Tedy plně funkční, synchronizovaná spolupráce, za dodržení všech standardů a předpisů.

Situace z kategorie B, kdy je jedna z pozic ochotna udělat „něco navíc“, něco nad rámec své pracovní povinnosti, jsou na oddělení velmi časté. Tento fakt má vliv na vytváření celkové atmosféry na oddělení, která je ceněná jak pacienty, tak návštěvami. Uvědomuji si, že toto tvrzení může být do jisté míry označeno jako subjektivní. Během výzkumu jsem si uvědomila, že „atmosféra“ je něco, co lze do metodologických kategorií zařadit jen velmi obtížně, spíše vůbec. V rámci objektivizace nutno podotknout, že řada členů týmu dojíždí do FNKV i ze vzdálenějších lokalit, přitom mají v blízkosti bydliště jiné pracoviště. Já sama jsem měla velké dilema, zda po praxi zůstat na oddělení a ve FNKV vůbec. Jednak vzhledem ke vzdálenosti, ale také k původnímu záměru, se kterým jsem šla do zdravotnictví (psychiatrie, poté sálová sestra). Nakonec byl jedním z rozhodujících faktorů právě ošetrovatelský tým. *„Možná ušetříš nějaký ten čas na dojíždění, ale s těmi lidmi jsi potom celý den a to není zanedbatelné, dobrý tým není málo...“*, jak mi poradila při rozhodování jedna ze sester.

Situace z kategorie C se občas, spíše zřídka, vyskytnou. Z pozorování však vyplývá, že jsou následkem časové tísně, nároků na pracovní tempo, přetížení, psychická a fyzická únava, spíše než pohodlnost, neochota a špatný úmysl.

Je třeba pochopit a počítat s tím, že každý může chybovat a například pod tíhou neutěšeného osobního života někdy také pracovně a lidsky selhat. Funkční a silný tým, by měl být schopen takového jedince podpořit, upozornit na chyby a především eliminovat rizika poškození pacienta. Takový tým má „samočistící schopnost“ a kdo do něj nepatří, se v něm také neudrží. Po šesti měsících zúčastněného pozorování hodnotím ošetrovatelský tým oddělení C jako silný a soudržný, lidské vztahy stojí na respektu a smyslu pro spolupráci.

Dle zákonných norem, které upravují výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků, je jednoznačné, že zastoupit v práci může sestra sanitáře, ale ne naopak, aniž by došlo k překračování kompetencí. Spolupráce však není jen o vykonání práce, ale také o

přístupu – sanitář může například uvařit kávu, přinést domácí pečivo (to dělají i sestry), dojít pro obědy apod. Funkční spolupráce je spíše o ochotě a osobní zodpovědnosti, řekněme svědomí, nežli o povinnosti, odměně a postihu.

Do interpretace dat řadím také hodnocení **vlivu osoby a osobnosti staniční sestry** na atmosféru v týmu. Staniční sestra jako řídící pracovník z kategorie nižšího managementu působí jako kouč, leader, politik a stratég. Naplňováním jednotlivých rolí tak staniční sestra rozšiřuje adekvátní informace, je mluvčím svého týmu. Je vzorem chování, definuje normy a hodnoty, řeší interní konflikty, čímž má přímý vliv na chování kolektivu. Rozhoduje, rozděluje úkoly, odměňuje a trestá, stanovuje cíle (Gutová 2018). Staniční sestra oddělení C Bc. Jitka Hanzlová, je podle této definice ideálním vedoucím pracovníkem. Kromě dohledu na dodržování pravidel, norem a standardů, přispívá k téměř „rodinné atmosféře“ v týmu. Jednotliví členové se na ni bez obav obracejí a vědí, že pokud jsou v právu, najdou zastání. V maximální možné míře se snaží vyhovět požadavkům na služby, což znamená pro osobní život pracovníků velmi mnoho, a tím přispívá k pozitivnímu naladění v práci. Staniční sestra se během celé doby výzkumu opakovaně zapojovala do přímé péče za chybějící sestry specialistky, všeobecné i praktické sestry a dokonce i za sanitáře. Tento přístup je příkladem ostatním z týmu, sestry nemají problém zastoupit chybějícího sanitáře. Vede sestry k tomu, aby se zajímaly o pacienta více než o „papíry“ („papíry“ samozřejmě, kontroluje, opravuje a upozorňuje na chyby). Ani po téměř 40 letech praxe a získání vysokoškolského vzdělání u ní nelze pozorovat ani náznak chování a přístupu, který kriticky označovala Wirginie Henderson „*too posh to wash*“ (Zvoníčková 2017) – přesně naopak. Opravdový vzor pro celý tým, dle vyjádření sester a sanitářů „*dříc*“. Její styl vedení týmu bych označila jako konzultativní. Pro tento styl je typická obousměrná komunikace, intenzivní zpětná vazba. Rozhodnutí dělá vedoucí po konzultaci v týmu (Gutová 2018). Ke stmelování kolektivu přispívá její pozvání celého týmu na letní posezení u ní doma a na zahradě, v době kdy je oddělení zavřené, zúčastnit se tedy mohou všichni a mohou se pobavit a poznat v jiném než pracovním prostředí. Z pozorování vyplývá, že má staniční sestra zásadní vliv na úroveň spolupráce v týmu.

Během sběru dat jsem využívala pravidelné konzultace – **rozhovory** se sestrou, která má sama dlouholetou zkušenost jako sanitář na stejném oddělení. Tato sestra souhlasila, že bude v bakalářské práci uvedena, jako sestra G. Během neformálních rozhovorů mne zajímalo především: Jak vnímala spolupráci z pozice sanitáře, co jí nejvíce vadilo na přístupu sester, zda nějak změnila názory a postoje ke spolupráci poté, co se stala sestrou,

co hodnotí nyní jako nedostatky v přístupu sanitářů. Dlouhé debaty jsme vedly na téma, zda sestry „příliš často sedí a přitom rozdávají úkoly sanitářům.“ Sestra G takový přístup, během své praxe sanitářky, vnímala velmi negativně. Já osobně si chci jako budoucí sestra dávat pozor na takové chování, zároveň jsem již v jiné části práce upozorňovala na to, že když sestra „sedí“, tak to ještě neznamená, že nepracuje. Osobně jsem poznala vysoké nároky na psychiku, organizaci, rychlost, práci s velkým množstvím informací, které musí sestra zvládnout. Nakonec jsme se shodly, že: *„Každá pozice má to svoje, sanitář toho hodně nachodí a práce je náročná především fyzicky. Sestra však v důsledku nese zodpovědnost za organizaci péče o pacienta a její práce je psychicky náročná, přičemž fyzická zátěž také zcela nemizí.“* Sestře G se nelíbí, pokud se někdy některé sestry vyjadřují o práci sanitáře zlehčujícím tónem: *„Mně vadí, jak tomu říkají, že si čistí hlavu, ono totiž z toho čištění hlavy občas pěkně bolí nohy.“* Zde bych dodala na obranu sester, že jsem během své praxe nepoznala mnoho oddělení, kde by všeobecné sestry ochotně zastupovaly chybějící sanitáře. Musím uznat, že na sestře G je zkušenost sanitáře znát. Automaticky vykoná, co vidí, že je třeba a neřeší, komu to přísluší. Pro mne je vzorem si takový přístup udržet.

2.9. Diskuze

Jedním z témat diskuze je zcela jistě validita výzkumu. Již sama zvolená metodologie podněcuje otázky objektivitu výzkumu. V české literatuře ani v odborných článcích týkajících se ošetrovatelského výzkumu jsem nenašla, kromě již citované bakalářské práce Bc. Martiny Raszkové, srovnatelnou studii. Při studiu zahraničních článků jsem vyrozuměla, že je nutno použití etnografie a auto etnografie ve zdravotnickém výzkumu ve vědeckých kruzích neustále obhajovat jako dostatečně vědecké a validní.

Ashley L. Peterson ve svém, v teoretické části citovaném, článku obhajuje použití auto etnografie tím, že metoda poskytuje holistický obraz určité situace, nemá za ambici nabízet řešení problému. Dále argumentuje, že řada subjektivních pohledů může mít větší hodnotu než jedna všeobecná pravda. Jedním z pilířů auto etnografie je ontologický předpoklad, že realitu tvoří více aspektů a proto ji nelze zevšeobecnit. Metoda tedy nabízí místo jediného pravdivého obrazu spíše jednu z možností úhlu pohledu. A. E. Peterson také polemizuje se zastánci tradičního výzkumu v medicíně – C. Ellis, A. Bochner, kteří přikládají větší význam teorii nežli příběhu, odstupu před angažovaností, akademické autoritě výzkumníka před interpretací účastníka a racionalitě před emocionalitou (Peterson 2014).

Tessa Muncey PhD zmiňuje ve svém článku velmi zajímavou otázku, zda je anonymita účastníků výzkumu – myšleno obvykle kvantitativního výzkumu a „velkých teorií“, zárukou pravdy a objektivitu. Odpověď na podobné otázky není jednoznačná. Tento příklad uvádím spíše jako pobídku k zamyšlení pro sestry zvažující podobný výzkum. Doktorka T. Muncey, která byla pro mne opravdu velikou inspirací, uvádí na závěr svého článku jedno pozoruhodné, jakkoliv pro mnohé vědce jistě kontroverzní, srovnání. Tradiční výzkum přirovnává k dálnici, která je rovná, jednotvárná a nudná, na rozdíl od osobitých klikatých vedlejších cest. Svou přímočarostí mívá malé komunity bez zájmu o opravdové životy v nich. Zástupce tradičního výzkumu vidí jako řidiče jedoucí po dálnicích. Svázané pravidly a konvencemi, což má vliv na výsledky jejich výzkumu. Ty jsou ploché, jednotvárné, ignorují osobitou individuální životní zkušenost a příběhy komunit, které míjejí. Tyto příběhy tak zůstanou nezaznamenány a časem zapomenuty (Muncey 2005)

Můj výzkum v rámci bakalářské práce nepřináší žádná převratná „tvrdá data“ a „velké teorie“, místo toho detailně popisuje a odhaluje úzce vymezenou část ošetrovatelského procesu na jednom konkrétním oddělení v uzavřeném týmu. Zcela jistě nevypovídá nic, o moderním českém ošetrovatelství, ani neřeší jiná obecná témata. Intenzivní pozorování

každodenních, běžných, rutinních činností, jejich zaznamenávání a kategorizace se snaží ukázat, že k jednomu úkolu lze přistoupit různými způsoby, což v důsledku ovlivňuje spolupráci jako celek. Téma by si zcela jistě zasloužilo rozsáhlejší studii, která by zohlednila psychologii, řízení a management a další faktory, které mají na poskytování ošetrovatelské péče vliv. Uvědomuji si, že výzkum zaměřený pouze na ošetrovatelský tým, bez zohlednění celého zdravotního týmu má své výrazné limity. Do interakcí a spolupráce vstupuje také lékařský tým a jeho vztahy s ošetrovatelským týmem jsou důležitou součástí celkové atmosféry na oddělení. Taková studie by však výrazně překročila rozsah bakalářské práce. Větší vypovídající hodnotu by mohla tato práce získat srovnáváním s podobnými studiemi. Bc. Martina Raszková detailně zpracovala téma dlouhodobé péče. Již porovnání pouze dvou pracovišť, a samozřejmě také oborů, ukazuje rozdíly. Bylo by zajímavé srovnat mechanismy spolupráce na specifických pracovištích jako je ARO nebo sál.

Jsem si vědoma možnosti argumentu podjatosti mé vlastní osoby jako výzkumníka, neboť na sledovaném oddělení pracuji a chci dále zůstat pracovat. Je samozřejmé, že nebudu zůstat na oddělení, na kterém se necítím dobře. Rozuměla bych tedy námitce, že budu realitu do jisté míry zkreslovat pozitivním viděním spolupráce. Zde bych jen uvedla, že jsem se snažila během výzkumu vidět realitu opravdu objektivně a data jsem zaznamenávala poctivě. Nakonec výzkumná část obsahuje také kritické poznámky. Největším přínosem mého výzkumu má být podnět ostatním sestrám k zamyšlení nad spoluprací na jejich pracovišti a inspirace pro jejich vlastní výzkum.

Na závěr se zcela ztotožňuji s výrokem kolegyně, která zpracovala stejné téma: „*Úroveň a kvalita komunikace a spolupráce závisí na individuální postoji pracovníka*“ (Rašková 2018, str. 51). Důležitou roli ovšem hrají také faktory, které utváří a ovlivňují tento individuální postoj. A k jejich odhalení může přispět právě autoetnografie.

Závěr

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nemůže vycházet z pouhého rutinního mechanického výkonu předepsaných činností. Za zajištění kontinuity a kvality poskytované péče zodpovídá v ošetrovatelském týmu všeobecná sestra. Již Florence Nightingale upozorňovala že: *„Všechny výsledky dobrého ošetřování mohou býti zmařeny jednou vadou, když totiž opatrovnice nedovede si zařídit, aby vše, co se stát musí, také se konalo, když sama není přítomna u nemocného.“* A doporučovala: *„ať každá ošetrovatelka vždy učiní si v mysli tuto otázku: „Jak bych každou věc zařídila, aby dobře byla vykonána, i když ji neučiním sama?““* (Nightingale 1874). V rámci zajištění kontinuity péče musí sestra spolupracovat se sanitářem, jehož práci má pravomoc řídit a vést. Je jen na ní, jaký zvolí přístup tak, aby byl její tým funkční a práce byla kvalitní a efektivní bez zbytečné zátěže, jak pro pacienta, tak pro personál. Během výzkumu jsem sama pro sebe zjistila, že své celoživotní vzdělávání budu muset, kromě aktuálních poznatků z oboru, doplnit také o detailnější vědomosti z psychologie, managementu a řízení.

Já osobně si velmi cením zkušeností získaných výkonem povolání sanitářky. Možnost nahlížet na ošetrovatelskou péči z obou úhlů je velmi inspirativní pro vlastní zlepšení, jak v oblasti péče o pacienty, tak v přístupu ke kolegům. Věřím, že tato zkušenost dodá mému budoucímu povolání sestry další rozměr.

Na závěr si dovolím ještě jednu citaci Florance Nightingale, protože považuji její poznatky zachycené v *Knize o ošetřování nemocných* za absolutní základ pro výkon povolání všeobecné sestry. Vybrala jsem výrok, který má s mou bakalářskou prací úzkou souvislost. *„Která ošetrovatelka podobné věci nechce mít na zřeteli, poněvadž to „není její práce“, ta nemá k ošetřování povolání...Ženské, které čekají na služku, kuchařku a pradlenu, aby učinily to neb ono, co mezitím nemocný takovým odkládáním trpí, takové ženské nemají k ošetřování žádného povolání.“*(Nightingale 1874)

Seznam literatury

Monografie

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum Základní teorie, metody a aplikace*. Portál Praha 2016
ISBN: 978-80-262-0982-9

KOLÁŘ, Jiří et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. Galén Praha 4. vydání 2009
ISBN: 978-80-7262-604-5

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada Publishing Praha 2009
ISBN: 978-80-247-2713-4

NIGHTINGALE, Florence. *Kniha o ošetrování nemocných*. Přel. P. Králová. Nakladatel J. OTTO Knihkupec v Praze 1874
Č. XIV.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství I*. Grada Publishing Praha 2006
ISBN: 978-80-247-1148-5

TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. NCO NZO Brno 1998
ISBN: 80-7013-324-4

WIDIMSKÝ, Petr et al. *Dvacet let Kardiocentra Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. Lékařské Fakulty Univerzity Karlovy v Praze*. Grada Publishing Praha 2015
ISBN: 978-80-247-5816-9

Internetové zdroje

HEJNAL, Ondřej. *Antropologův den mezi „klienty represe“: Zúčastněné pozorování bezdomovců ve středně velkém městě*. AntropoWebzin 3/1012 dostupné z www.antropoweb.cz/media

Odborné práce

ALTMANOVÁ, Barbora. *Komunikace mezi členy zdravotnického týmu v intenzivní péči z pohledu sestry*. Plzeň 2012. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

RASZKOVÁ, Martina. *Spolupráce praktické sestry a sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé péče*. Praha 2018. Bakalářská práce. 3. LF UK. Studijní obor Ošetrovatelství.

Přednášky

GUTOVÁ, Lenka. *Základy řízení*. 3. LF UK v Praze. Prezentace PowerPoint v rámci přednášky předmětu Ekonomika a řízení. 8. 12. 2018.

ZVONÍČKOVÁ, Marie. *Teorie ošetrovatelství. Model Wirginie Henderson*. 3. LF UK v Praze. Přednáška v rámci předmětu Teorie ošetrovatelství. 21. 10. 2017.

Právní předpisy

Vyhláška 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Zahraniční zdroje

MUNCEY, Tessa. *Doing autoethnography*. International Journal of Qualitative Methods 4. 1-12. 2005.

PETERSON, Ashley L. *A case for the use of autoethnography in nursing research*. Journal of Advanced Nursing 2014. 226-231.

Seznam příloh

Žádost o souhlas se zpracováním dat